

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

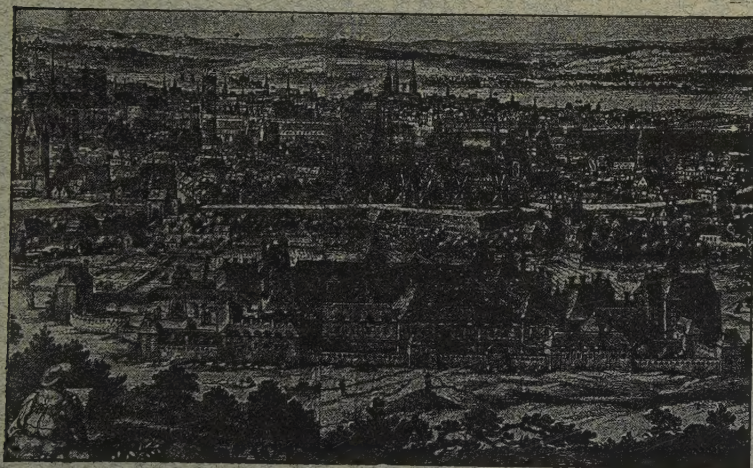
Présentée et soutenue le mercredi 18 mars 1908, à 1 heure

Par **F. LE DUFF**

Né à Plouescat (Finistère) le 1^{er} mars 1882

DE LA

RÉINFECTION DANS LA SYPHILIS



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges : { MM. RECLUS et BAR, professeurs.
MARCEL LABBÉ, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1908 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

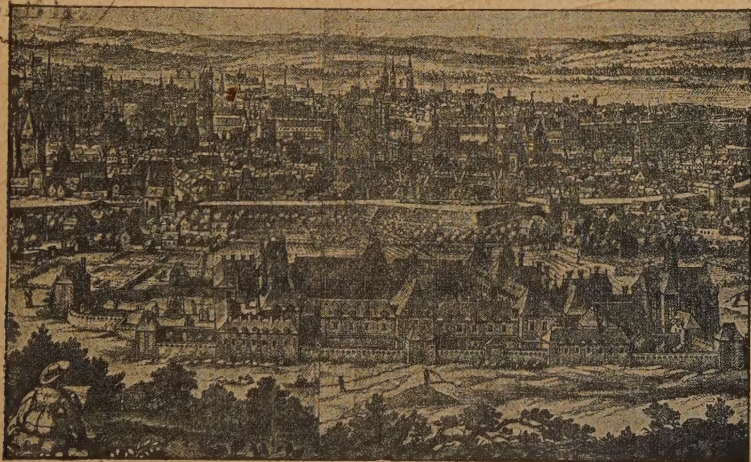
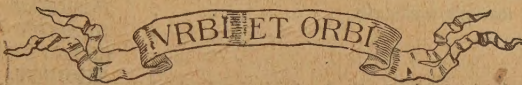
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 mars 1908, à 1 heure

Par **F. LE DUFF**

Né à Plouescat (Finistère) le 1^{er} mars 1882

DE LA RÉINFECTION DANS LA SYPHILIS



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS et BAR, professeurs.
MARCEL LABBÉ, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY	
Professeurs		MM.	
Anatomie		NICOLAS.	
Physiologie		Ch. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
Pathologie médicale	}	DEJERINE.	
		BRISSAUD.	
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE	
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE.	
Histologie		PRENANT.	
Opérations et appareils		QUENU.	
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.	
Thérapeutique		GILBERT	
Hygiène		CHANTEMESSE	
Médecine légale		THOINOT.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		G. BALLET	
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.	
		HAYEM.	
		DIEULAFOY	
Clinique médicale	}	DEBOVE.	
		LANDOUZY.	
Maladies des enfants		HUTINEL.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.	
		LE DENTU.	
Clinique chirurgicale	}	BERGER.	
		RECLUS.	
		SEGOND.	
Clinique ophtalmologique		De LAPPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN.	
		PINARD.	
Clinique d'accouchements	}	BAR.	
		RIBEMONT-DES-SAIGNES.	
Clinique gynécologique		POZZI.	
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.	
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ΔUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

A MA MERE

Bien faible témoignage de ma piété filiale.

MEIS ET AMICIS

Remembrance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A tous nos maîtres qui, pendant le cours de nos études médicales, ont dépensé pour nous, sans compter, leur science et leur temps si précieux ;

A la mémoire de notre bien cher et regretté D^r ÉMILIEN TANGUY, de Plouescat, qui fut notre premier maître et nous honora de son amitié ;

A M. le professeur BODIN, de Rennes, qui nous a inspiré cette thèse et nous a fait bénéficier si largement de ses grandes connaissances en syphiligraphie ;

A M. le professeur PERRIN DE LA TOUCHE, directeur de l'École de Rennes ;

A MM. les professeurs DAYOT et FOLLET, dont nous fûmes l'externe ; à MM. les professeurs BRUTÉ, VÉRON, ASSICOT, à tous ces maîtres de Rennes dont nous avons gardé un si excellent souvenir ;

A MM. les D^{rs} EDMOND FOURNIER, FOUQUET et LACAPÈRE, chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; et à M. l'interne BORY, qui, à Paris, nous ont aidé de leurs conseils et nous ont communiqué de si intéressantes observations.

Que ce travail soit, pour tous, le gage, malheureusement trop indigne, de notre respectueuse reconnaissance.

Comment dédommager dignement M. le professeur GAUCHER pour son accueil si bienveillant? Non content de nous faire l'honneur de présider notre thèse, il nous a prodigué de sages et savants conseils. Qu'il nous permette de lui dire tout notre gratitude et de lui offrir nos hommages les plus respectueux.

Historique.

L'histoire de la réinfection syphilitique n'est pas nouvelle. Elle date de la connaissance de la syphilis elle-même. Aussi, pour se faire une idée des nombreuses phases que cette question a parcourues, faut-il se reporter à l'idée que les différents auteurs se sont faite de la syphilis.

Avant Hunter nous voyons la syphilis confondue avec toute les maladies vénériennes, et chancres mous et accidents constitutionnels ne sont que la manifestation de la diathèse particulière de chaque individu, de sa façon propre de réagir contre une affection bien déterminée, possédant une intensité plus ou moins grande: dès lors, chancres vénériens, chancres syphilitiques, accidents secondaires, ne sont plus que les différentes modalités d'une même maladie. C'est pourquoi, à cette époque, voyons-nous des auteurs, comme V. Vidius, admettre très facilement la réinfection, et même aller jusqu'à dire qu'une première infection prédispose à une deuxième, comme le fit Brassavole.

Puis vint Hunter qui sépara, nettement, le chancre vénérien du chancre syphilitique ou huntérien et dont il fit une description magistrale. A partir de ce moment, et surtout depuis Ricord, la question devint plus précise, et la question de la réinfection syphilitique eut des partisans et des adversaires de très grande valeur.

Avant de nous engager plus avant dans notre travail, nous allons brièvement exposer le plan que nous avons suivi.

Dans un premier chapitre nous envisagerons la question de l'immunité dans la syphilis. Nous verrons, si elle existe, à quel moment elle apparaît, combien de temps elle dure; nous étudierons ensuite l'immunité dans la syphilis héréditaire.

En second lieu nous passerons en revue les cas, déjà parus, de réinfection chez des individus ayant eu une syphilis acquise, et chez l'hérédo-syphilitique.

Enfin, après avoir rapidement dit un mot sur les causes d'erreurs possibles dans le diagnostic de la syphilis, nous essaierons, de notre mieux, de formuler une conclusion. Nous n'avons pas la prétention de trancher une question si intéressante, mais aussi combien ardue, c'est là la tâche de nos maîtres en syphiligraphie. Nous venons, modestement, jeter notre grain dans le vaste champ de la science, ouvrier inhabile, peut-être, mais plein de bonne volonté.

CHAPITRE PREMIER

Depuis bien longtemps, la syphilis a été considérée comme une maladie infectieuse et immunisante, et jusqu'à ces dernières années, tous les auteurs étaient d'accord sur l'existence de ce qu'ils appelaient, sans le connaître encore, le virus syphilitique. En outre, appliquant à cette affection les propriétés de la majorité des autres maladies microbiennes connues, on en avait déduit que, comme elles, la syphilis ne se doublait pas, qu'elle conférait l'immunité. Les recherches modernes ont donné raison à cette manière de voir des auteurs anciens, et la découverte, encore récente, du *treponéma pallidum* de Schaudim place définitivement la syphilis dans le cadre des maladies infectieuses.

Mais il reste à prouver l'action immunisante de la syphilis; avant d'aborder cette question, sujet même de notre thèse, qu'il nous soit permis d'envisager, rapidement, la question de l'immunité en général, et dans les maladies infectieuses, en particulier.

Nous définissons l'immunité, une manière d'être de l'organisme qui, soit par un don naturel, soit après une première atteinte d'une maladie, soit enfin en vertu d'un apanage héréditaire, ne peut pas ou ne peut plus donner asile à un microbe donné pour qu'il y vive et y sécrète son virus : l'individu est devenu réfractaire à l'action nocive de ce microbe. Il existe donc trois modalités différentes de l'immunité. La première, l'immunité naturelle, paraît avec l'individu lui-même, existe aussi longtemps que lui-même existe, et qu'il transmet à sa descendance. Rare dans la syphilis, et non encore absolument prouvée, cette immunité semble cependant exister ; et c'est ainsi que l'on voit, parfois, de ces individus qui s'exposent impunément, à tous les contagés avérés. « Il peut exister, dit Vidal, de Cassis, une immunité naturelle chez certains sujets, lesquels peuvent naître indemnes ou le devenir, ce qui arrive, on le sait, pour les autres virus. » Et le même auteur cite le cas d'un homme, de très forte constitution, qui s'exposait, par bravade, à tous les moyens de prendre la vérole ; il se soumit à une expérience : « deux inoculations lui furent faites, au bras, avec du pus puisé à un chancre en progrès, et cela sans succès ; rien ne parut, rien.. » N'aurait-il pas déjà une syphilis héréditaire ?

Plus certaine est l'immunité acquise. Elle survient après l'atteinte d'une maladie antérieure ; ce n'est plus un état physiologique, une nature particulière de l'individu, mais comme « le reliquat d'un état pathologique... La transmission héréditaire, à vrai dire, s'épuise à la première génération, autant que l'observation per-

met de préciser ce point... Elle représente cependant une propriété durable et elle peut, héréditairement transmise, faire partie des aptitudes physiologiques du nouvel être » (J. Girode. *Traité de médecine* Gilbert-Brouardel). Et Auzias et Sperino l'appelaient : « un état de l'organisme dans lequel celui-ci n'est plus apte à subir l'évolution de la syphilis, par suite de saturation. » Basant, là-dessus, leur théorie de la syphilisation, ils préconisaient l'inoculation préventive et curative du virus syphilitique. Malgaigne (*Bulletin de l'Académie de médecine*, tome XVII) n'est pas moins affirmatif : « Je regarde, dit-il, cette immunité acquise chez quelques sujets, comme avérée, démontrée, incontestable... », battant en brèche le fameux aphorisme de Ricord : « Tous les hommes sont égaux devant le chancre. » C'est, en effet, ce que nous voyons dans la plupart des maladies infectieuses, variole, typhoïde... Mais l'immunité acquise, absolue, n'existe pas. Augmentez la dose de toxines ou la virulence des microbes ; diminuez, par un moyen quelconque, la vitalité de l'organisme récepteur, et vous verrez cette immunité disparaître, sinon totalement, du moins en partie : C'est ainsi qu'on peut prendre deux fois la fièvre typhoïde, le choléra, la variole, la vaccine. » De plus, considérons quelle est l'influence du temps sur l'immunité ; l'histoire de la vaccine nous fournit un exemple caractéristique : « l'immunité vaccinale, un peu variable avec l'énergie de la vaccine initiale, n'est presque jamais indéfinie, et les vaccinations réussissent dans un grand nombre de cas : la maladie peut prendre trois et quatre fois chez

le même sujet » (Girode). M. Metchnikoff, dans son *Traité de l'immunité* dit ceci : « Il faut bien dire que la première atteinte de toutes les maladies infectieuses provoque des modifications dans l'organisme plus ou moins durables, et est toujours suivie d'immunité. » C'est ainsi qu'on a vainement essayé les inoculations de streptocoque, en vue de la guérison des tumeurs malignes, chez les gens ayant déjà eu un érysipèle. De même il existe un intervalle assez long entre deux pneumonies fibrineuses... Mais plus loin, le même auteur ajoute : « L'immunité présente une grande variabilité. Tantôt elle est très stable et durable, dans d'autres cas elle est fragile et passagère. Elle peut être individuelle ou familiale, elle peut être un privilège de race ou d'espèce, » Et s'appuyant sur cet autre caractère de l'immunité dans toutes les maladies infectieuses, en général, de pouvoir être un privilège d'espèce et de race, M. Metchnikoff et Roux ont cherché à atténuer le virus syphilitique humain en le faisant passer sur des êtres inférieurs, de façon à transformer le poison en remède, à obtenir un vaccin. Nous résumons seulement les derniers essais. En 1906, octobre, ces savants ont observé que le virus syphilitique humain, après passage sur les singes inférieurs, paraît moins violent. Ils se sont servi d'un virus humain donné par Finger : ce virus avait fait huit passages, on a inoculé un chimpanzé qui a eu un chancre. Ensuite on l'a passé sur vingt-deux singes inférieurs et les opérateurs ont remarqué que le virus semblait s'habituer à l'organisme du singe inférieur ; au vingt-deuxième passage, l'incubation était de neuf

jours et le chancre plus étendu. A ce moment le chimpanzé ne prend plus la syphilis. A cette époque, un préparateur de l'institut Pasteur présente une écorchure à la lèvre, il manipulait les singes syphilitiques. Cette lésion n'a jamais été suivie d'accidents. Quelques gouttes de pus, obtenues par raclage, ont donné un chancre au singe inférieur. Serait-ce une vaccination ? Mais il faut compter avec le tertiarisme qui peut être tardif mais non moins terrible. Il faudra encore bien des années d'observation avant qu'on puisse se prononcer.

De cet exposé et de toutes ces observations récentes, il découle donc ceci : c'est que l'immunité, acquise, tant dans la syphilis que dans les autres maladies infectieuses, existe, mais n'a rien d'absolu ni d'inévitable ; elle est, comme tout ce qui existe, sujette à varier. Et puis quand cette immunité se manifeste-t-elle ? A quel moment, dans les cas où elle existe, l'immunité syphilitique commence-t-elle ? Il existait autrefois, elle existe d'ailleurs toujours, mais elle est fort peu employée, une méthode de traitement chirurgical de la syphilis. Elle consistait à exciser le chancre syphilitique tout comme une simple tumeur. Et l'on a vu des syphilitiques, dont la syphilis était ainsi jugulée, guérir de leur maladie.

Il résulte de ceci qu'il y a un moment, de durée plus ou moins longue, entre la contagion et la manifestation constitutionnelle de la syphilis, pendant lequel la maladie est toute locale. C'est la détermination de cette durée qu'il serait intéressant de connaître ; elle nous apprendrait, en effet à quel moment, au bout de combien de jours, l'indi-

vidu est vraiment syphilitique. D'ailleurs, les essais d'immunisation de MM. Metschnikoff et Roux, sur les chimpanzés, ont mis en lumière ce fait que l'immunité ne commence pas aussi vite qu'on le croit. Ainsi le chimpanzé reste sensible jusqu'au dix-huitième jour après le chancre. Celui-ci est donc un accident local.

En outre, on proposait, il n'y a pas encore bien longtemps, comme diagnostic différentiel entre le chancre vénérien et le chancre syphilitique, l'inoculation au porteur. Et on disait : le chancre mou est inoculable au porteur, le chancre syphilitique ne l'est pas. Cependant, dans ces derniers temps des observations contradictoires ont surgi ; les chancres successifs viennent corroborer les expériences de MM. Metchnikoff et Roux. M. Queyrat (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, décembre 1906) donne une observation détaillée d'une inoculation au porteur d'un chancre syphilitique ; au douzième jour, les points inoculés prirent l'aspect d'une grosse papule saillante, rouge sombre, squameuse. Il y eut ulcération et la biopsie de ces éléments papuleux montra de nouveaux spirochètes. Le même auteur, sur dix-huit tentatives a eu seize succès. Il conclut à l'auto-inoculabilité du chancre syphilitique dans les onze premiers jours de la contagion. M. le professeur Bodin, de Rennes, a observé un cas analogue.

Nous concluons donc que l'immunité acquise dans la syphilis, ressemble, sous bien des rapports, à l'immunité dans les autres infections. Elle est sous la dépendance de conditions de terrain, de race, de temps, de virulence du microbe. Mais, en outre, la syphilis est tout d'abord

une affection purement locale ; le microbe est d'abord localisé au siège du contag, et c'est de là, après s'être multiplié et avoir sécrété ses toxines, qu'il partira pour envahir toute l'économie ; à ce moment la syphilis deviendra vraiment une maladie constitutionnelle, et c'est à partir de ce moment que l'immunité commencera.

La troisième et dernière forme de l'immunité qu'il nous reste à étudier est l'immunité héréditaire. Personne ne met en doute l'influence, souvent désastreuse, des générateurs sur leurs progénitures. Les qualités, mais le plus souvent les défauts des parents se reflètent dans les enfants ; et c'est ainsi que les descendants de nerveux, d'alcooliques, d'arthritiques, manifesteront, soit sous la même forme, soit sous le couvert d'une autre dégénérescence quelconque, mais certaine, les tares de leurs parents. Il en est de même des maladies infectieuses grâce au commerce intime qui existe, dans l'utérus, entre la mère et son enfant. C'est ainsi que l'on peut trouver, dans l'organisme fœtal, des microbes comme les bacilles d'Eberth, le *bactérium coli* ou le streptocoque, provenant d'une infection maternelle. Dès lors ce fœtus va naître porteur de la même infection que sa mère, ou bien cette maladie a évolué en lui de telle façon que, lorsqu'il naît, l'enfant ne présente aucune manifestation pathologique, et devient réfractaire, pour un temps plus ou moins long, à cette même maladie. Il en est ainsi dans la variole, par exemple : « Ou bien l'enfant est atteint de variole..., ou bien il ne l'est pas ; mais il possède néanmoins une immunité tout au moins passagère à l'égard de la vaccine et de la

variole... » (Auché. *Traité de méd.* Gilbert-Brouardel.)

C'est aussi ce qui se passe dans la syphilis. Il n'est pas rare de voir des enfants, procréés pendant la période troublée de la syphilis de leurs parents, naître en apparence indemnes, ou bien ne présentant que quelques-unes de ces dystrophies qui n'ont en elles-mêmes rien de syphilitique, et pourtant ces enfants n'ont, le plus souvent, plus à craindre la syphilis : la mère syphilitique, qui a mis au monde un enfant sain, peut et doit nourrir cet enfant, sans craindre de le contaminer. C'est la loi de Profeta. Nous aurons à revenir sur cette question de l'immunité dans la syphilis héréditaire et nous verrons que si elle existe le plus souvent, elle peut toutefois faire défaut dans certains cas ou disparaître avec le temps. Ne serait-ce pas une preuve irréfutable de la disparition de l'immunité syphilitique, que l'existence de ces êtres tout imprégnés par les toxines et le virus syphilitique, et qui, après un laps de temps assez long, prendraient une deuxième vérole ?

Il ne faudrait pourtant pas pousser trop loin ce parallèle entre la syphilis et les maladies microbiennes, en général; celles-ci ont une forme clinique aiguë, le plus souvent, jamais chronique ; les différents stades de leur évolution se succèdent rapidement, souvent même empiètent les uns sur les autres. Le rash de la variole existe ou fait défaut ; l'incubation dure quelques heures ou plusieurs jours, sans qu'aucune loi ne régie leur évolution. La syphilis procède d'une autre façon. Toutes les étapes y sont réglées, presque mathématiquement; les différentes manifestations sont nettes, bien

délimitées. C'est, selon l'heureuse expression de M. le professeur Fournier, une pièce en plusieurs actes et entr'actes. C'est en outre, une maladie chronique, la plus chronique de toutes ; son évolution est longue. Aussi, prenant point d'appui sur cette durée indéfinie de la maladie, sur l'apparition souvent très tardive des accidents tertiaires et des affections actuellement appelées parasyphilitiques, les partisans de la non-réinfection ont-ils pu affirmer qu'on ne guérit pas de la vérole, mais que celle-ci est devenue « un tempérament », au même titre que la scrofule et l'arthritisme.

CHAPITRE II

Il est, à notre avis, utile avant de commenter les cas déjà parus de syphilis redoublée, de prendre une règle de conduite, un critérium auquel nous reporterons tous ces cas. Nous ne pouvons mieux faire que de nous couvrir de l'autorité si incontestée du professeur Fournier. Pour admettre une réinfection, M. Fournier exige :

1° Un chancre induré, avec adénopathie indolente ; puis roséole ou autre accident secondaire, céphalée, alopecie passagère, lésions muqueuses ;

2° Un silence complet pendant plusieurs années ;

3° Un nouveau chancre induré, survenu après un rapprochement suspect, et accompagné d'adénopathie caractéristique ; et après quelques semaines, une roséole ou un autre accident secondaire ;

4° Enfin une confrontation.

On pourrait et on devrait aujourd'hui exiger une cinquième condition : l'existence du treponema dans le chancre. Mais nous savons que cet organisme réagit très vite à tous les antiseptiques, même les plus faibles,

et qu'il disparaît de la surface du chancre après une simple application de pommade anodine.

Bien que nous ne perdions pas de vue ces règles posées par M. Fournier et n'ignorant pas l'existence de ces lésions appelées : chancre redux, syphilomes chancriformes et qui constituent des manifestations isolées et atténuées d'une diathèse, nous envisagerons d'abord les cas où le chancre seul constitue la réinfection. Nous nous rangeons ainsi à l'avis de Diday sur cette deuxième infection : « La véroloïde, dit-il dans son travail de 1862, ne peut pas être et n'est pas une affection une et identique ; ce doit être et c'est un effet multiple et divers, essentiellement variable selon le degré d'intensité soit de l'infection précédente, soit de la cause infectante actuelle ; desquelles, ainsi que d'une résultante, dépend sa force. » Nous allons passer en revue quelques-unes des observations que cet auteur publie dans ce travail, ne prenant que celles qui sont les plus précises.

Observation III. — Étudiant en droit ; chancre du filet, 24 février 1839, croûtes dans les cheveux, papules au front, roséole et plaques muqueuses.

En avril 1860, chancre du reflet, durant un mois, base indurée. Rien par ailleurs.

Observation VIII. — Diday déclare celle-ci absolument concluante et irréfutable. — Officier, 34 ans. En 1855, syphilis constitutionnelle (ulcères au gosier, alopecie, adénopathie sous-occipitale) après chancre unique du filet. — 22 avril 1859, chancre induré datant de quinze jours et résultant d'un coït qui a eu lieu

il y a près d'un mois. Pas d'adénopathie ni accidents constitutionnels.

Ce chancre avait été communiqué par une fille publique que Diday reconnut porteur « d'une ulcération en voie de cicatrisation, parcheminée, représentant fort bien ce que j'ai appelé : érosion chancriforme ».

Observation IX. — Dame âgée de 30 ans. — En juillet 1860, « bouton » aux parties génitales ; puis raideurs dans les membres, céphalées, croûtes dans les cheveux, plaques cuivrées sur tout le corps, mal de gorge. — Le 11 septembre, squames palmaires et plantaires, psoriasis à la face, alopecie. — Traitement mercuriel.

3 janvier 1861 : chancre à la lèvre (reconnu par un spécialiste très exercé) ; pas d'adénopathie sous-maxillaire ni auriculaire.

* Contamination par un militaire ayant eu, quelques mois auparavant, un chancre induré et actuellement porteur de plaques muqueuses amygdaliennes et labiales.

Voici, maintenant, un cas de Hutchinson (syphilis 1887), remarquable par la longueur de la période latente.

Observation. — Syphilis. — Mariage, trois ans après : enfants sains. Trente-cinq ans après, en 1885, vingt-deux jours après un coït suspect, pendant lequel le malade était porteur d'une ulcération du frein, chancre phagédénique, d'abord mou, puis induré à sa base.

Observation (M. Du Castel, 1888). — Homme très robuste, 43 ans. En 1885, induration volumineuse au niveau du sillon balano-préputial, ayant tout l'aspect d'un chancre ; pas d'adéno-

pathie inguinale. Le malade avait été soigné, vingt-cinq ans auparavant, par Langlebert, pour syphilis très nette (chancre et accidents secondaires). Marié ; deux enfants sains. — L'ulcération actuelle est survenue quinze jours après un rapprochement suspect. Réparation rapide, ni adénopathie ni accidents secondaires.

Nous laisserons de côté une foule d'observations analogues, mais dans lesquelles le diagnostic n'a pas été suffisamment affirmatif ou qui sont trop écourtées. On pourrait certes demander des détails plus amples, surtout au sujet de la première vérole, mais il faut malgré tout, bien que cela n'ait rien de scientifique, tenir compte de la bonne foi et de la science des observateurs. Et alors si nous appliquons aux cinq observations précédentes les règles de M. Fournier, nous voyons :

1° Que, dans la plupart d'entre elles, la première vérole est bien décrite ; que le chancre, s'il n'est pas accompagné d'adénopathie, a du moins été suivi d'accidents secondaires : roséole papuleuse, placards érythémateux, croûtes... ;

2° Que dans les observations III et VIII de Diday, dans celles de Hutchinson et de M. du Castel, il s'est passé un laps de temps assez considérable pendant lequel il n'y a plus eu de manifestation syphilitique ;

3° Que la nouvelle ulcération est fermement diagnostiquée chancre syphilitique par les auteurs dont nous rapportons les observations, bien que le chancre constitue le seul accident ;

4° Enfin dans certaines d'entre elles (obs. VIII et

IX de Diday) la confrontation a été possible, et l'individu contaminant a été reconnu nettement syphilitique et porteur d'accidents contagieux.

Reste donc à savoir si la syphilis peut, en réinfection, se borner au chancre seul. — Nous avons vu qu'une des preuves essentielles de la nature syphilitique d'un chancre était, d'après le plus grand nombre des syphiligraphes, l'existence d'une adénopathie concomitante. Or cette adénopathie n'existe pas dans les observations précédentes. Faut-il en conclure que ce sont des pseudo-chancres, des syphilomes ? Voyons d'abord quelle est la signification d'une adénopathie. C'est l'expression de la lutte entre l'organisme et le virus. « Les syphiligraphes les plus expérimentés ont constaté qu'aucune loi ne semblait établir de relations constantes entre l'intensité des accidents primaires ou secondaires et l'intensité, la multiplicité, le volume, la persistance des adénopathies concomitantes. A un chancre volumineux peut correspondre une adénite de même volume, et inversement. A la période secondaire, des syphilides ulcéreuses malignes peuvent se rencontrer avec des ganglions à peine tuméfiés. » (M. Augagneur. — Société Dermatologique, 1895.) Ainsi M. Augagneur a remarqué que chez l'enfant l'adénopathie est toujours considérable, tandis qu'elle est souvent nulle chez le vieillard. — Il semble donc que plus l'organisme est jeune, et plus aussi il oppose une vive résistance à son envahissement par les microbes, car en fin de compte, les groupes ganglionnaires ont pour raison d'être, principalement, des organes de défense. Peu importe d'ail-

leurs la nature du microbe, qu'il soit syphilitique, ou vénérien, ou banal. — De plus il est bien clair, à notre avis, que si le microbe assaillant a perdu de sa virulence première, et si son attaque est faible, le ganglion défenseur mobilisera, si je puis m'exprimer ainsi, des forces moins imposantes. C'est donc encore ici une question de plus ou de moins ; l'adénopathie varie avec la puissance du microbe, mais aussi avec la force de résistance du sujet. — Or, dit Jullien, la réinfection se caractérise « par une incubation qu'on peut estimer réduite de moitié, une induration et une lympho-adénite moins prononcées, quelquefois même défaut absolu de bubon. » De plus, si l'on se reporte à l'observation VI du travail de Diday (1862), on voit un chancre de réinfection se rendre coupable de contamination, sans que le sujet porteur du chancre ait manifesté aucune adénopathie. On objectera à ceci qu'une lésion syphilitique tertiaire peut donner le même résultat. Mais c'est là un fait si rare qu'il ne doit guère entrer en ligne de compte. Dans le tertiarisme, la virulence du tréponème est affaiblie, et il n'existe pas, en général, dans ces lésions. On doit donc admettre qu'il s'agit, dans ce dernier cas, d'un véritable chancre syphilitique, de réinfection, virulent.

Nous venons de voir que la notion de syphilis ne comporte pas, nécessairement, la présence d'une adénopathie, particulièrement dans les cas de réinfection. En est-il de même des accidents secondaires ? En un mot, doit-on considérer comme syphilitique une lésion, d'apparence chancreuse, qui n'est pas suivie, dans les

délais normaux, d'une roséole plus ou moins manifeste ou d'un autre accident secondaire équivalent? Les accidents secondaires, dit M. Fournier, sont non moins constants que le chancre. Telle est également l'opinion de Finger, Rollet et Diday, pour ce qui concerne la première infection. Jullien qui partage aussi cet avis est cependant moins absolu, et admet que, théoriquement, on peut supposer « à la rigueur que l'influence de l'agent morbide sur la peau soit assez peu prononcée pour ne point aboutir à une lésion appréciable... Mais l'observation ne confirme guère cette donnée théorique, bien qu'il ne soit point impossible de l'appuyer de quelques exemples. »

Au Congrès international de Dermatologie en 1889, Lancereaux, Barthélemy et Leloir qui présenta « une lésion ayant tous les caractères du chancre infectant, à induration noueuse, accompagnée d'adénopathie, et qui ne fut pas suivie d'accidents secondaires... », semblent admettre la possibilité d'une syphilis sans accidents secondaires... De même Petit (thèse de Paris, 1891) résume la question en ces termes : « Dans certains cas, le chancre semble constituer, à lui seul, l'expression fruste de la réinfection. » Et le professeur Oltramare, de Genève, en 1907, dans un travail sur les chancres syphilitiques non suivis d'accidents secondaires, dit : « Il semble cependant résulter des nombreux travaux que l'éradication chancreuse a suscités, que, certainement, quelques-uns des chancres excisés, et non suivis d'accidents secondaires, ont dû être de nature syphilitique ; car on ne peut admettre pour tous les cas, dont

quelques-uns observés par des syphiligraphes de tout premier ordre, qu'il y ait eu erreur de diagnostic. » Et plus loin, lorsqu'il parle de l'action du mercure, il admet, avec Jullien, que l'institution d'un traitement précoce et énergique peut juguler la syphilis, dans certains cas, et la borner à l'accident primitif. A ce propos, le professeur Oltramare cite le cas d'un jeune homme, d'une santé habituellement bonne, sans hérédo-syphilis ni maladie vénérienne antérieure, qui se présenta à lui avec un chancre syphilitique très net, accompagné d'une adénopathie bilatérale, indolore ; le chancre guérit au bout d'un mois, sans autre traitement que des topiques locaux. Ce chancre n'a jamais été suivi d'accidents secondaires. — De même M. le professeur Bodin de Rennes a soigné, pendant un an, une syphilis bornée au seul chancre, avec tréponèmes.

Quelle conclusion allons-nous tirer de tous ces faits ? Pourquoi, dirons-nous, puisque, même lors d'une première infection syphilitique, on a observé des cas de syphilis sans accidents secondaires, et que le diagnostic a pu ne se baser que sur « l'apparition, au bout de la huitième semaine, d'un ganglion mastoïdien » (Olttramare), pourquoi n'admettrait-on pas dès lors, et à plus juste raison, qu'une deuxième infection, une deuxième syphilis pût se limiter au chancre seul ? Nous n'aurons pas besoin d'admettre pour cela, avec Diday et Düring, que la première vérole soit absolument guérie. Non, comme nous le disions au début de ce travail, nous avons le droit de penser qu'il peut et doit se produire, au cours du temps et sous l'influence du traitement,

une diminution dans l'intensité de l'immunité acquise. Ne voyons-nous pas, tous les jours les résultats, vraiment étonnants, du traitement mercuriel dans la syphilis ? Et des gommés prêtes à s'ulcérer, des artérites cérébrales régressent sous l'influence d'un traitement un tant soit peu sérieux. Cette diminution, cet affaiblissement de l'immunité acquise nous porterait à admettre que l'individu deviendrait de moins en moins réfractaire à une deuxième vérole.

Il arriverait ainsi un moment où l'immunité, ayant perdu de son intensité première, mais n'étant pas encore complètement disparue, que cet individu pourrait contracter une deuxième syphilis ; et celle-ci serait, grâce à ce qui reste de l'immunité première, une syphilis bénigne, un chancre seul. Ce chancre n'est pas, comme le dit Diday, une affection locale, du moins après sa période d'incubation, et l'organisme y a une certaine part puisqu'on n'a pas encore vu de troisième syphilis : ce chancre contribuerait ainsi à détruire le restant de réceptivité pour la syphilis, chez l'individu, et viendrait ainsi renouveler et augmenter sa dose d'immunité. Nous ne voulons pas dire par là, ni vouloir faire passer comme une réinfection, au vrai sens du mot, ce nouveau chancre. Nous l'appellerons, avec Diday, une « véroloïde ». Nous nous sommes seulement arrêté à cette question du chancre seul constituant une nouvelle infection, pour essayer de saisir les différents degrés qui peuvent exister dans la syphilis, comme dans toutes les maladies. Entre la première infection avec tout son cortège d'accidents constitutionnels, et une deu-

xième infection, une véritable celle-là, avec ces mêmes accidents, il existe des formes de transition, une gradation évidente en malignité, comme dans tous les états morbides ; le microbe est le même, mais sa virulence s'est atténuée ou exaltée ; l'individu récepteur est dans un état de réceptivité plus ou moins favorable. C'est toujours la grande question du terrain et de la virulence du microbe.

Maintenant nous allons aborder la deuxième partie de ce chapitre. Aux syphiligraphes qui considèrent la roséole comme « la signature de la syphilis » nous allons opposer quelques observations d'ailleurs déjà parues. Nous terminerons par une observation inédite, due à la gracieuseté de notre maître, M. le professeur Bodin, de Rennes. Mais nous laisserons de côté un grand nombre d'observations qui ne méritent pas l'objection. Nous délaierons aussi les nombreuses observations de Diday dans lesquelles la nouvelle infection est apparue trop peu de temps après les premiers accidents secondaires. Il est en effet reconnu que ces accidents secondaires peuvent n'apparaître qu'assez tardivement et même se répéter un grand nombre de fois. Dès lors une simple ulcération, un accident insignifiant, survenant dans les premiers mois après le chancre de la première vérole, pourrait lui-même être suivi de roséole, et on serait porté ainsi à admettre une réinfection. C'est sur des cas analogues que M. Fournier, dans sa leçon sur les pseudo-chancres, s'est appuyé pour combattre la réinfection. Aussi pour échapper à toute objection à ce sujet, ne prendrons-nous que les observations dans

lesquelles la syphilis première, nettement constatée, a été suivie d'accidents secondaires, et dans lesquelles le malade sera resté au moins quatre ans sans voir d'autres accidents. « Trois à quatre années, dit M. Fournier, tel est, d'après moi, le minimum nécessaire, indispensable, pour que la diathèse puisse s'épurer suffisamment sous la double influence du temps et du traitement, et pour que le malade, rentré dans les conditions communes, ait le droit d'aspirer à devenir époux, père, soutien de famille. » Donc, au bout de quatre années de traitement, le syphilitique est, selon M. Fournier, sinon guéri, du moins sans danger pour sa femme et sa descendance ; la virulence de sa syphilis s'est donc très atténuée, et pourquoi, dès lors, ne pourrait-il prendre une autre syphilis ?

Mais avant d'entamer la discussion sur ce sujet, nous allons revoir quelques-unes des nombreuses observations publiées dans la littérature médicale.

Observation I. — (HÉBRA, 1883. Cité par PETIT. Thèse de Paris, 1894.)

M. V. X. Y., fut infecté pour la première fois le 15 août 1867, à l'âge de 23 ans. Environ quinze jours après, au prépuce, apparaît une ulcération arrondie qui disparut au bout de six semaines. En 1868, à Rome, premiers symptômes de syphilis constitutionnelle, avec roséole généralisée, plaques muqueuses à la bouche et au pharynx. Traitement : mercure et iodure de potassium. — Fin avril 1868, tous les accidents disparurent ; santé parfaite. — Se marie en juin 1870. Il eut sept enfants qui sont tous bien portants. — Au printemps 1880 : gomme près de la

plante du pied, qui, après une certaine durée, disparut par le traitement à l'iodure de potassium.

En 1880 et 1881 : deux autres enfants bien portants. Aucune trace de syphilis chez la mère.

Août 1881 : il contracte, à peu de distance du premier chancre, une nouvelle érosion, quelques mois par conséquent après la disparition de la gomme ; cette érosion s'indura peu à peu ; légère adénopathie inguinale gauche ; et, un mois et demi plus tard, plaques muqueuses de l'amygdale droite, consécutive elle-même à une roséole discrète.

Observation II. — (G. HARRISON-JOUNY. *British. med.*, 16 mai 1889. *Annales dermatol.*, 1889. Brocq.)

« G. W...; chancre syphilitique en mars 1882. En septembre 1883, il fut admis à l'hôpital avec une éruption syphilitique secondaire bien évidente sur le corps et les jambes. Il sort guéri. Pendant juin, juillet, août et septembre 1884, il fut de nouveau soumis au traitement, pour des lésions syphilitiques des os du nez, des condylomes, des nodules sur les tibias, des ulcères sur les jambes. A plusieurs reprises on le traite par le mercure, l'iodure de potassium et la teinture d'iode. En 1885, il rentre encore quatre fois à l'hôpital pour des accidents syphilitiques.

En 1889 : nouveau chancre syphilitique typique. Entre à l'hôpital. Puis on voit survenir : adénopathie inguinale, roséole, ulcérations de la gorge. Tous ces accidents disparaissent par le mercure et l'iodure de potassium.

Le malade a été observé par des médecins du plus grand mérite, et l'auteur croit que c'est un cas incontestable de réinfection. La syphilis serait donc curable. »

Observation III. — De M. DU CASTEL (séance du 10 février 1898).

« Le 22 janvier dernier, entrant, salle Cazenave, n° 62, le nommé L. M..., plombier, 32 ans. Bonne santé ordinaire. Les accidents, pour lesquels il venait demander mes soins, avaient débuté un mois environ auparavant. Vers le milieu de décembre, notre malade avait constaté la présence, dans le sillon balano-préputial, d'une écorchure (selon son expression) ; à ce niveau une induration se forma dans les jours qui suivirent ; vers le milieu de janvier, des taches se sont montrées sur la peau.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, je constate, dans la partie gauche du sillon balano-préputial, l'existence d'une ulcération ; cette ulcération est sans profondeur, de couleur rouge assez foncé, couverte de quelques bourgeons, peu volumineux ; elle tend à la cicatrisation. Elle est ovale, légèrement allongée dans le sens du sillon, coupée en deux parties sensiblement égales par celui-ci ; elle est « en volet », pour employer l'expression classique. La petite plaie repose sur une base inflammatoire présentant au palper une induration chondroïde. Dans l'aîne gauche, plusieurs ganglions lymphatiques sont augmentés de volume, durs ; ils ne sont pas douloureux à la pression.

Le tronc, principalement au niveau de la région thoraco-abdominale présente un nombre assez considérable de taches rouges, sans saillie, de formes irrégulières, crénelées, disparaissant, momentanément, sous la pression du doigt. Moins nombreuses, elles existent aussi sur les membres. Cette éruption présente, en un mot, tous les caractères de la roséole syphilitique. Ni céphalée, ni éruption des muqueuses.

Le malade raconte qu'il a été en relations avec une femme de-

puis le 1^{er} novembre 1897... Ce jour-là, il fut avec une femme de mœurs légères dont il ignore le nom...

Mon diagnostic est sans hésitation formulé : syphilis récente, chancre syphilitique, roséole... Ce diagnostic a été aussi, je dois le dire, celui de plusieurs de mes collègues, entre autres du professeur Fournier... A peine avais-je posé mon diagnostic, que M... me déclare que je l'ai autrefois soigné pour vérole. En 1892, il est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans mon service; il y venait pour être traité d'un chancre balano-préputial, s'accompagnant de « glandes »* dans l'aîne; mon diagnostic fut, sans hésitation, celui de chancre syphilitique. Pendant son séjour à l'hôpital, environ un mois après l'apparition du chancre, des petits « boutons » avec croûtes se montrèrent un peu partout, sur le tronc et les membres. Cette éruption a laissé des cicatrices blanches, lisses, superficielles, analogues à celles que laisse une syphilide érosive. On lui brûla, plusieurs fois, des plaques muqueuses, de la gorge d'abord, des lèvres ensuite. Le traitement consista en pilules de protoïodure, en soins de propreté minutieux de la bouche, en attouchements des plaques muqueuses avec le crayon de nitrate d'argent. »

M. Du Castel ne peut, à son grand regret, confirmer les dires du malade, dont il ne peut trouver l'observation de cette époque. Mais, ajoute-t-il :

« Le 4 mars 1896, le malade rentrait, de nouveau, dans mon service pour une iritis syphilitique; il y séjournait jusqu'au 1^{er} avril, fut traité par les frictions mercurielles. J'ai pu retrouver une note prise par l'externe de service. « Chancre en 1892 (soigné par M. Du Castel); plaques muqueuses; sorti de l'hôpital, a eu une éruption dont il reste aujourd'hui des cicatrices lisses, blanches, non pigmentées : probablement, syphi-

lides érosives. Actuellement entre pour céphalalgie atroce. nocturne : conjonctivite avec iritis à gauche. Diagnostic : syphilis, conjonctivite, iritis. » Le malade fut soumis au traitement mercuriel (frictions)... Depuis ce jour le malade n'a plus aucunement souffert de la syphilis, jusqu'au jour où ont éclaté les accidents que nous constatons aujourd'hui... »

Telle est l'observation de M. Du Castel, que nous avons tenu à reproduire tout au long. Tous les desiderata de M. Fournier y sont comblés, sauf un, la confrontation : il a été impossible de constater la syphilis chez la femme en question. Mais la confrontation ne pourra être invoquée pour refuser cette observation comme un exemple caractéristique de réinfection, la deuxième vérole ayant été diagnostiquée par plusieurs syphiligraphes, et entre autres par M. Fournier lui-même. D'ailleurs M. Du Castel a fait subir à son malade, les deux fois, non un traitement d'essai, mais un vrai traitement anti-syphilitique. « Il faudrait donc, dit-il, déclarer que deux fois je me suis trompé, et trompé complètement; la chose (est-ce vanité de ma part ?) me paraît assez difficile à admettre, et j'avoue que, malgré la résistance que j'avais mise jusqu'ici à reconnaître le fait, il me paraît difficile de ne pas admettre qu'un même sujet puisse répondre deux fois à l'inoculation syphilitique, que notre malade a subi, pour la seconde fois, les résultats de l'infection syphilitique... La conclusion naturelle me paraît donc être : qu'un même malade peut subir deux fois les résultats de l'infection syphilitique, tout rare que soit le fait. »

Dans la même séance, du 10 février 1898, M. Bröca dit avoir observé et soigné un malade soigné, quatre ans auparavant, pour syphilis, par M. Fournier ; la deuxième fois il présentait : chancre induré, suivi de roséole.

Au troisième Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie de Londres, en 1896, M. Cotterel (de Londres), après avoir formulé les conditions indispensables pour admettre une réinfection, envisage les circonstances qui font perdre l'immunité contre la syphilis ; il croit, tout d'abord, qu'un traitement prolongé guérit la syphilis dans un grand nombre de cas ; en outre, il faut, dit-il, tenir compte de l'idiosyncrasie particulière de certains individus qui leur permet de contracter, plusieurs fois, certaines maladies infectieuses ; témoin cet homme, observé par Hutchinson, qui eut deux syphilis et deux varioles. Enfin, « après une première syphilis on se marie, et l'individu ne s'expose guère plus à en prendre une deuxième. »

Nous trouvons, dans le compte rendu de ce même congrès, une observation personnelle de M. FITZGIBBON (de Dublin).

Observation IV. — G... M..., 21 ans, excellente santé. Mars 1880 : chancre induré typique du frein de la verge. Rapports suspects, quatre semaines auparavant. Une semaine après le chancre : adénopathies inguinale et cervicale ; huit jours après, roséole généralisée. Traitement : frictions. On cesse le traitement un an et dix mois après le chancre.

En 1886 : nouveau chancre sous-préputial, induré, ulcéré au

centes; adénopathie inguinale. Phagédénisme du chancre et des ganglions. Première semaine de novembre : syphilide pustuleuse, discrète, indolente, à la face, au cuir chevelu, au tronc et aux cuisses. Plus tard : périostite, syphilis pharyngienne très rebelle, gomme et autres accidents graves pendant quatre ans. Depuis 1893, rien. Le rapprochement suspect avait eu lieu onze semaines avant la visite.

Observation V de M. Ogilvi (de Londres). — *Congrès de Dermat.* 1895.

Médecin : chancre, au commencement de 1876, induré, avec adénopathie inguinale et épitrochléenne. Roséole et plaques muqueuses qui durèrent longtemps, le malade étant grand fumeur.

La femme, source de l'infection, était soignée à l'hôpital pour syphilis secondaire.

En 1891 : nouveau chancre induré, mais non dans le même endroit ; adénopathie inguinale droite, éruption très vaste : type parfait de roséole papuleuse ; elle fut suivie de croûtelles dans les cheveux et la barbe. Plaques muqueuses buccales.

Un ami du malade contracta la syphilis, pour la première fois, à la même source.

Observation VI de Ravasini (*Bull. del malleattie vener.* — *Presse médicale*, 1903, page 324.)

Homme, contracte un chancre induré à 39 ans. En novembre 1886, plaques muqueuses et gomme du pharynx. Traitement. Pas d'accident jusqu'en 1901.

A ce moment, après quatorze ans, le malade présente trois ulcérations de la face inférieure du gland, dans le sillon balano-préputial. L'une d'elles, en volet de fenêtre, avait une base indurée ;

les autres, molles, guérissent en quelques jours après traitement local indifférent. Adénopathie, aux deux aines. Deux mois après : roséole, plaques muqueuses. Juillet 1902, éruption syphilitique typique.

Observation VII de M^{lle} Coutanine (Thèse de Genève, 1904.

Observation communiquée par le professeur Oltramare).

Homme de 49 ans, de forte constitution, qui contracta une première syphilis en 1888 (juillet). Chancre du frein, suivi, au bout d'un mois, d'adénopathie bi-inguinale. Roséole et nombreux accidents buccaux.

Au bout de quelques mois il contamina sa femme qui présentait, elle-même, une roséole.

En février 1889, six mois après le début de la maladie, il présentait de tenaces et nombreuses érosions linguales et amygdaliennes (il ne fumait pas). La femme avait de l'onyxis généralisé à tous les doigts et quelques érosions amygdaliennes. Actuellement elle est guérie.

Le malade, traité régulièrement pendant six ans, soit avec des frictions, soit avec des pilules de protoiodure, aux doses de 0 gr. 05 par jour. Ni injections, ni iodure de potassium. Jusqu'en 1892, de temps à autres, quelques érosions muqueuses fugaces, puis une syphilide papuleuse au front. Ce fut le dernier accident constaté.

26 décembre 1902. — Érosion datant de deux ou trois jours, à laquelle il n'a attaché aucune importance, sachant, dit-il, qu'on ne prend pas la syphilis deux fois. Elle a 5 millimètres de diamètre, cupuliforme, à surface cruentée, base parcheminée.
« Sur une autre personne, dit le professeur Oltramare, je n'aurais pas hésité une seconde à porter le diagnostic de chancre syphi-

litique; mais connaissant le passé de mon client, je me tins dans une prudente réserve. En effet, il était impossible de percevoir trace d'adénopathie, mais il faut ajouter qu'un assez fort embonpoint gêne, de ce côté, les constatations. » Traitement : dermatol.

Coût infectant : 22 novembre 1902. — Incubation : trente jours.

31 décembre. — Chancre en voie de guérison ; pas de trace d'adénopathie.

Janvier, février, mars. — Pas d'accident secondaire. Aucun traitement.

4 avril 1903. — Érosion opaline de l'amygdale droite et du rebord lingual. Rien sur le corps. Début du traitement par des frictions à l'onguent mercuriel colloïdal à 4 grammes par jour.

17 avril. — Accidents disparus.

24 avril. — On suspend les frictions.

Du 10 au 30 mai. — Vingt frictions à 4 grammes chacune.

5 juin 1903. — Petites papules discrètes des avant-bras. Érosion linguale ; vingt frictions à 4 grammes.

3 juillet. — Papules cutanées de 5 à 10 millimètres de diamètre sur le tronc et les bras ; érosions linguales. Pas de ganglions céphaliques ; santé bonne.

Observation VIII (M. HALLOPEAUX. *Annales dermatol.*, 1905).

« X..., 54 ans. A 24 ans, induration de la lèvre avec adénopathie légère, puis roséole, qui a été considérée par Demarquay comme syphilitique. Diagnostic confirmé par Ricord qui donna un traitement mercuriel, suivi pendant sept mois.

« X..., revu en juin 1905 pour induration du prépuce avec adénopathie inguinale, qui offrait tous les caractères du chancre

nduré cicatrisé. Il était atteint, en outre, d'une éruption papuleuse à larges éléments, de nature syphilitique évidente ; enfin il présentait une ulcération des piliers du voile du palais. Fournier consulté conclut à la syphilis. »

Observation IX (Recueillie dans le service de M. le professeur BODIN, de Rennes).

L..., 67 ans. Jusqu'à 23 ans aucun antécédent vénérien. A ce moment, après un rapport suspect (le malade ne peut nous dire combien de jours dura l'incubation), apparut, au-dessous du frein de la verge, une petite ulcération indolore, de la grosseur d'une tête d'épingle d'abord, puis bientôt d'une pièce de 0 fr.20 ; cette ulcération peu purulente, dure, était creusée à pic et son fond était rouge verdâtre. Le malade n'a jamais remarqué d'adénopathie ; en tout cas, si elle a existé, il n'en a éprouvé aucune gêne.

Environ quarante jours après l'apparition du chancre, survint une éruption maculeuse, rouge cuivré, prenant tout le corps, par endroits vésico-pustuleuse. A la paume des mains et à la plante des pieds, des syphilides papulo-squameuses qui se réunissaient pour former des placards circinés ; ils étaient recouverts d'une croûte assez épaisse qui se fendillait facilement ; très peu suintants. Pas de prurit. A la bouche, quelques plaques muqueuses sur le palais et la face interne des joues. Ces accidents secondaires se prolongèrent pendant six mois, accompagnés de céphalée, de douleurs articulaires et osseuses ; ces dernières assez frustes.

Le traitement a été nul pendant les deux ou trois premiers mois. Vers le quatrième mois, après avoir consulté plusieurs médecins qui tous, sans aucune exception, diagnostiquèrent

une syphilis, le malade prit de l'iodure de potassium et des pilules mercurielles. Pendant trois ans il suivit très intelligemment son traitement. Entre temps on lui conseilla une saison aux eaux sulfureuses, dans les Pyrénées. Il y fut.

Jusqu'en 1906 : aucun accident syphilitique. L'état général s'est maintenu excellent.

Vers le 10 juin 1906, une quinzaine de jours après un rapprochement des plus suspects (mais sans confrontation possible), apparaît, au-dessous du frein, à la place du premier chancre, « un petit bouton » qui ne tarde pas à s'ulcérer; en même temps une plaque ovale, ulcérée et indurée, faisait le tour de la partie inférieure du prépuce. Indolence complète ; peu de pus. L'examen des aines reste négatif.

Trois semaines après, apparition à gauche, à mi-chemin entre le bord inférieur du maxillaire inférieur et le rebord labial, d'une syphilide ulcéreuse ; à droite une syphilide, en tous points semblable, sur la face muqueuse de la lèvre, empiétant sur la face dermique. Ces syphilides prirent un accroissement très rapide en surface et en profondeur ; taillées à pic, peu suintantes, elles reposaient sur une base indurée ; elles étaient indolores. L'examen microscopique, après raclage, est resté négatif. Les ganglions rétro-maxillaires sont légèrement engorgés. Pâte à l'oxyde de zinc d'abord, puis pâte au calomel comme sur la verge. Ces lésions durèrent deux mois et se cicatrisèrent deux à trois jours avant celle de la verge. Pendant quelque temps nous pûmes sentir une induration très marquée.

Pendant qu'évoluaient ces lésions ulcéreuses, d'autres lésions, érosives celles-ci, apparaissaient sur le côté droit des bourses ; à l'épaule gauche et au côté gauche, deux plaques maculeuses ; à la bouche, plusieurs plaques muqueuses.

Le 18 août. — Quand sont apparues les lésions labiales, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Bodin. Du 18 août au 14 septembre, on lui fait, tous les deux jours, une injection intra-musculaire de 0 gr. 05 d'énésol. Du 19 septembre jusqu'à fin octobre, tous les jours, une injection de 0 gr. 025 de biiodure de mercure. Il sort guéri de ses lésions, le 6 septembre.

Le 9 novembre. — Le malade, dont l'état général est très satisfaisant, revient avec une syphilide érosive de la lèvre inférieure, à la commissure labiale droite. Malgré des attouchements au nitrate d'argent, le 26 novembre la lésion persiste. 50 pilules de Dupuytren.

10 décembre. — Revu avec la même lésion, non améliorée ; elle présente une exulcération croûteuse du côté cutané. La base est dure, mais non ligneuse. Les ganglions sont indemnes. 12 frictions mercurielles à 4 grammes.

21 décembre. — Amélioration très marquée. 10 frictions mercurielles à 4 grammes. Iodure de potassium 4 grammes.

26 décembre. — La partie muqueuse est cicatrisée ; sur la face cutanée persiste une légère exulcération en voie de guérison.

9 janvier 1907. — La lésion est complètement cicatrisée ; il ne reste qu'une rougeur assez marquée sur la face cutanée ; cicatrice à peine visible, encore indurée.

30 janvier. — Le malade revu en bon état, 12 frictions à 4 grammes.

6 mars. — Le malade ne présente plus rien. 60 pilules de Dupuytren.

10 juillet. — Complètement guéri, le malade n'a eu aucun accident depuis janvier. État général très bon. 50 pilules de Dupuytren.

Tel est le cas que nous avons pu suivre dans toutes ses phases pendant les deux années passées dans le service du professeur Bodin. Nous aurions pu multiplier, dans ce travail, les observations qui se font de plus en plus nombreuses pendant ces dernières années. Mais nous nous sommes contenté de citer celles qui nous paraissaient les plus claires et les plus irréfutables. Il nous reste maintenant à classer cette infection dans un cadre nosologique approprié, à lui donner un nom, une individualité propre. M. Hudelo, dans son article si documenté sur l'immunité syphilitique, passe en revue 130 observations, et sur ce nombre il ne conserve que 9 ; et encore n'est-il pas assez sévère, dit-il. Et avec MM. Fournier, Leloir et Diday, il appelle ces manifestations, des chancroïdes, des véroloïdes ou des syphilomes chancrifformes. C'est peut-être un excès de sévérité.

En effet, si nous nous reportons aux lois posées par M. Fournier, nous voyons, tout d'abord, que la première infection dans toutes les observations précédentes a été bien observée ; qu'ensuite elle a suivi son cours normal et que non seulement des accidents secondaires sont venus poser « la signature de la vérole », mais que dans certains cas on a pu constater même des accidents tertiaires. Le malade de Hébra eut une gomme à la plante du pied, treize ans après son chancre ; celui de Harrisson-Young fit du tertiarisme rapide avec ses lésions osseuses du nez et du tibia. Dans l'observation III, nous trouvons une iritis franchement tertiaire. Le malade de M. Fitzgibbon a fait de la périost-

tite, de la syphilis pharyngienne rebelle, des gommes et autres accidents graves, plusieurs années après son chancre. Nous sommes donc en présence d'une maladie qui a débuté comme débute la syphilis, par un chancre induré, et qui, plus ou moins diversement, suivant les individus, a présenté, successivement, tous les accidents et les complications qu'on impute à la syphilis. Que peut bien être cette infection, si ce n'est la syphilis elle-même ? En outre cette syphilis, dans tous les cas précipités, a été diagnostiquée et rationnellement traitée par des syphiligraphes consommés, et dans l'observation de M. Hallopeaux, ne voyons-nous pas deux diagnostics de syphilis affirmés, le premier par Ricord, le second par M. Fournier, sur le même individu ? Dans l'observation publiée par nous, nous n'avons pu nous procurer les témoignages des médecins qui soignèrent la première infection ; mais la marche et les divers symptômes fidèlement rapportés par le malade intelligent et de bonne foi, ne peuvent, à notre avis, permettre aucune hésitation dans le diagnostic de syphilis. Il existe donc, dans les 9 observations que nous publions, une maladie première, bien établie, irrécusable ; c'est une syphilis, normale dans sa marche et dans l'évolution des accidents, avec des variations d'intensité peut-être ; mais nous avons vu, au début de ce travail, quel était le rôle manifeste, sur l'évolution des maladies infectieuses, des conditions de terrain, d'âge, d'antécédents morbides, et de traitement.

Avant de terminer ce chapitre, nous allons passer en revue quatre nouvelles observations que nous devons

à la bienveillance de M. le professeur Gaucher. A toutes les quatre, M. le professeur Gaucher fait le reproche, capital pour lui, à savoir que la première infection n'est pas claire, n'a pas été observée par le même médecin qui a soigné la deuxième. Aussi, les considère-t-il « comme douteuses, car pour être certain de la réinfection, il faudrait avoir, sur les deux infections, des renseignements précis, recueillis par écrit par le même médecin, ou, au moins, par deux médecins compétents ; il faudrait, en d'autres termes, avoir les observations détaillées de deux infections successives. »

Observation X (Prise par M. Bory, interne, hôpital Saint-Louis)

H... Charles, âgé de 45 ans, a eu, dit-il, un chancre syphilitique de la verge, il y a vingt-quatre ans. Consécutivement apparurent des plaques dans la bouche et à l'anus. C'est tout ce qu'il apprend sur cette infection.

Le 14 décembre 1907. — H... entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher. Depuis une dizaine de jours, est apparue une éruption généralisée de syphilides, qui bulleuses d'abord, devinrent, par la suite, ulcéreuses et croûteuses. A la face, et principalement sur la lèvre supérieure, au-dessous du nez, on remarque des ulcérations recouvertes de croûtes noirâtres. Au premier abord il semble qu'on ait affaire à des syphilides ulcéreuses typiques, arrondies, croûteuses ; mais, par endroits, on voit de grosses bulles de pemphigus, remplies d'un liquide séreux, hémorragique par places. Toutes les ulcérations, qui existent actuellement, ont débuté par des bulles analogues ; en outre ces ulcérations saignent très facilement.

D'autre part, sur la verge, à la face interne du prépuce, existe une ulcération, sans caractères bien déterminés, qu'il est difficile de considérer comme un accident primitif de la syphilis, bien qu'elle ait précédé l'éruption actuelle, d'un mois environ. La base de cette ulcération est indurée. Aux aines, on aperçoit une adénopathie assez volumineuse. Sur le corps il n'existe aucune trace de roséole.

Le 17 décembre. — Le malade est vu par M. le professeur Gaucher qui pense se trouver en face d'une syphilis secondaire rupioïde, la rupia étant une croûte noirâtre succédant à une bulle purulente.

Le malade est mis au traitement par les injections quotidiennes de benzoate de mercure et à l'iodure de potassium à 2 grammes.

Le 22 décembre. — Cinq jours après le début du traitement, on remarque une amélioration marquée et qui est survenue très rapidement.

Le 25. — Il survient une nouvelle poussée de bulles analogues aux premières. Le malade, qui prend de l'iodure, attribue la première poussée à l'ingestion de ce médicament, on décide de s'en tenir aux seules piqûres de mercure.

Le 27 décembre. — On constate une nouvelle amélioration, sensible.

Le 2 janvier 1908. — L'amélioration se poursuit très rapidement depuis la suppression de l'iodure, et les prétendues syphilitides de la face ont disparu complètement.

A ce moment le malade déclare avoir pris de l'iodure avant cette dernière poussée bulleuse. Un médecin lui en avait prescrit 1 gramme par jour, depuis trois à quatre mois ; mais, dans

ces derniers temps, le malade en prenait 3, 4 et même 5 grammes. C'est sur ces entrefaites que l'éruption se déclara.

Le 10 janvier. — L'amélioration continue ; on s'abstient toujours d'iodure de potassium.

Le 27 janvier. — Jusqu'à ce jour, le malade a reçu 45 injections de benzoate de mercure, presque consécutives ; les éléments sont affaissés, mais restent encore infiltrés ; la guérison est imparfaite, et quelques ulcérations persistent encore.

Le 4 février. — Il reste deux ulcérations pseudo-gommeuses, qui se montrent rebelles au traitement, sur la face interne de la cuisse et de la jambe droites. Ces deux ulcérations sont, néanmoins, en voie de guérison et, le 19 février, le malade quitte l'hôpital, presque guéri. Il y revient le 19, et on constate que ses deux lésions pseudo-gommeuses sont presque complètement cicatrisées.

Il semble donc que chez ce malade, deux ordres de lésions aient évolué simultanément : 1° des lésions qui ont tout l'air d'être des syphilides secondaires généralisées ; et 2° une éruption attribuable à une intolérance du malade pour l'iodure de potassium. Le diagnostic porté a été :

Syphilis ancienne ?

Syphilis récente.

Iodisme bulleux.

Observation XI. — (Service de M. le professeur GAUCHER ; observation prise et bienveillamment communiquée par M. le D. Fouquet, chef de clinique. Fiche n° 10.309).

R..., 34 ans, est employé de commerce. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 8 octobre 1907.

R... dit avoir eu en 1892, alors qu'il se trouvait au régiment,

un chancre syphilitique qui a été soigné par des pilules de protoiodure. Il n'avait pas eu de roséole, dit-il, mais des plaques muqueuses. Il s'est d'ailleurs soigné très irrégulièrement. En 1898, R... se marie et a cinq enfants.

La première grossesse de sa femme a abouti à une fausse couche. Dans la suite sont nés deux autres enfants qui moururent à l'âge de 11 et 13 mois. Il lui reste deux enfants vivants, actuellement bien portants. La mère est morte à la suite de la dernière couche d'une intoxication par le sublimé. R... est resté trois mois sans aucun accident.

Mais, il y a un mois et demi, est apparu un nouveau chancre, induré, du sillon balano-préputial, et depuis une quinzaine de jours, une roséole très nette s'est montrée. Le malade se plaint de maux de tête. A la palpation de la nuque on sent très facilement les ganglions cervico-occipitaux. Depuis dix jours, le malade prend des pilules mercurielles. On va lui commencer une série d'injections de benzoate de mercure.

15 octobre. — L'éruption a pâli ; les injections sont bien supportées.

22 octobre. — Le malade est à sa quatorzième injection ; il n'en ressent aucune gêne. Il prend, en outre, deux cuillerées par jour d'une solution d'iodure de potassium.

5 novembre. — R... a reçu vingt-deux injections. Rien de particulier à signaler, dans son état.

19 novembre. — Depuis huit jours on a arrêté le traitement ; et le 26 novembre, le malade commence le traitement par les pilules de Dupuytren ; il continue jusqu'au 9 décembre, pour revenir aux injections de benzoate le 10. — R... accuse une douleur assez forte dans la région thoracique. Le traitement par les injections se continue jusqu'au 20 décembre.

Le diagnostic est : syphilis probable en 1892 ; et nouveau chancre syphilitique, à fin août 1907, suivi de roséole.

Observation XII (Due à M. le Dr FOUQUET, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis). Fiche n° 10.557.

B..., 34 ans, comptable, dit avoir eu, il y a dix ans, un chancre induré du sillon balano-préputial, chancre qui fut vu et diagnostiqué syphilitique par M. le Dr Gastou. Cet accident s'accompagnait d'adénopathie. Le malade n'a, dit-il, jamais eu de maux de gorge ; de plus, il ne s'est jamais aperçu, depuis, qu'il ait eu la roséole ni aucun autre accident. Dès l'apparition de son chancre il se fit soigner. On lui donna 240 pilules, par séries de 40, avec deux mois de repos. En somme, il a fait un traitement de deux années. A cette époque, B... refuse de se marier, à cause de son état de santé.

Il entre à l'hôpital Saint-Louis, le 5 novembre 1907, dans le service de M. le professeur Gaucher. Dans la deuxième quinzaine du mois d'août dernier, est apparu, dit-il, un nouveau chancre du sillon balano-préputial, presque au même endroit que le premier. Ce chancre reposait, comme le premier, sur une base indurée et s'accompagnait d'un engorgement ganglionnaire très net. B... croyant avoir affaire à un accident secondaire banal, et ne pensant même pas qu'il eût pu prendre, une deuxième fois, la vérole, applique, sur son ulcération, une pommade au calomel. Au bout d'un mois le chancre était guéri.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une éruption roséolique, généralisée à tout le corps, qui est survenue, il y a environ un mois. En même temps, l'examen de la bouche révèle des plaques muqueuses du pharynx et sur la luette. On institue, immé-

diatement, un traitement qui consisté en injections de benzoate de mercure.

Le 14 novembre, le malade est revu. Il a reçu 10 injections de benzoate, de 2 centimètres cubes chacune. Mais le malade est assez sensible au mercure et se plaint d'un goût métallique, assez prononcé, à la bouche; on remarque, de plus, une légère menace de stomatite. C'est pourquoi il est décidé qu'on arrêtera le traitement mercuriel pendant quelques jours. D'ailleurs la roséole est complètement disparue, de même que les plaques muqueuses.

Tous ces légers incidents ont disparu, quand on revoit le malade, huit jours après, le 22 novembre, et on reprend les injections de benzoate. Pendant cette période de repos, le malade n'a vu survenir aucun accident. Jusqu'au 19 décembre, B..., qui a reçu 26 injections, n'a eu aucun accident; on se décide à aller jusqu'à la trentième piqûre.

Revu le 10 janvier 1908, le malade présente une gomme du pilier antérieur droit, en voie de cicatrisation. On lui conseille un repos de sept jours. Enfin, le malade revient pour la dernière fois le 7 février 1908, en bon état, après avoir fait 17 piqûres; il continuera jusqu'à la trentième, puis se reposera quelques jours.

Diagnostic: chancre, diagnostiqué syphilitique, il y a dix ans; et actuellement, nouveau chancre, suivi, lui-même, de roséole.

Observation XIII (Fiche, n° 11149. Prise et communiquée, gracieusement, par M. le Dr LACAPÈRE, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis).

F..., âgé de 23 ans, a été soigné en 1903, à l'hôpital Ricord, par M. le Dr Queyrat qui a fait le diagnostic de chancre syphilitique, induré, et a suivi le malade pendant plusieurs semaines.

F... se souvient qu'on n'a jamais remarqué de roséole chez lui, mais il a eu, dit-il, deux plaques muqueuses, à la gorge, constatées et cautérisées, à Ricord, par M. Queyrat. Cette cautérisation, d'après les dires du malade, avaient été faites à la teinture d'iode ; et, en effet, M. le Dr Queyrat essayait ce topique à cette époque. Il est à regretter que, jusqu'à ce jour, on n'ait pu trouver la fiche de F...

Le 14 février 1908, entre à l'hôpital Saint-Louis ; il présente trois chancres indurés, siégeant, l'un sur le méat, le deuxième sur le frein et enfin le dernier dans le sillon balano-préputial. Ces lésions s'accompagnent d'une adénopathie double, polyganglionnaire. A ce moment débute une roséole discrète. Le malade se plaint de quelques maux de tête. Le diagnostic de chancres syphilitiques, non douteux, a été confirmé par M. le professeur Gaucher et par M. le Dr Brocq.

Diagnostic : syphilis en 1903.

Nouvelle syphilis en 1907.

Nous remercions, bien sincèrement, notre éminent président de thèse, M. le professeur Gaucher, de nous avoir permis d'insérer, dans notre travail, ces quatre observations prises dans son service, à Saint-Louis, et nous lui en témoignons notre profonde reconnaissance. Certes, dans toutes les questions importantes de la pathologie, il faut agir avec prudence, surtout lorsque, comme dans la syphilis, nous voyons la même maladie se manifester avec une si grande diversité ; on ne saurait, nous en convenons, trop sérieusement discuter un diagnostic ; la science y joue gros jeu et le malade, surtout : aussi rendons-nous hommage à la

prudente réserve de M. le professeur Gaucher. Et cependant nous ne voulons pas être aussi sévère que lui, nous n'en avons d'ailleurs pas le droit. Nous laisserons, volontiers, avec l'étiquette « douteuse », la première observation ; H..., qui a 45 ans, et dit avoir eu la vérole à 24 ans, ne donne guère de renseignements bien décisifs sur cette première infection ; comment a évolué ce chancre et comment a-t-il été traité ? Il ne peut le dire ; et il serait certes téméraire d'affirmer un diagnostic. Il a eu en 1907 une syphilis bien nette accompagnée de manifestations bulleuses dues à l'iodure de potassium. Mais on ne saurait dire si cette syphilis récente est bien une deuxième atteinte de la maladie.

En est-il de même de la deuxième observation (Fiche 10.309) ? Comme le voudrait M. le professeur Gaucher, nous n'avons pas encore ici de témoignage émanant du médecin traitant ; en outre la syphilis, si syphilis il y a, a dû être assez bénigne, puisqu'elle s'est bornée, d'après les dires du malade, au chancre et à quelques plaques muqueuses. Mais, ce qui, à notre avis, lève bien des doutes dans ce cas, c'est l'histoire des grossesses de la femme du malade. Celui-ci s'est très irrégulièrement soigné avant de se marier, et nous voyons survenir, à la fin de la première grossesse de sa femme, une fausse couche. Puis naissent deux enfants débiles, qui meurent en bas âge. Or il est actuellement avéré que la cause la plus importante et qui entre le plus souvent en jeu, en matière d'avortement, est la syphilis des parents ; à la syphilis aussi est attribuable une grande part dans la mortalité infantile. Que la mère

n'ait présenté aucune manifestation syphilitique, ou bien que ces accidents aient été presque nuls au point de passer inaperçus, cela est encore très possible, et n'exclut, en aucune façon, la possibilité d'une syphilis chez le père. Nous verrons d'ailleurs un cas, à peu près analogue, dans une observation de Salsotto Giovennale. Il nous semble donc qu'on doit pouvoir admettre que notre malade était syphilitique avant son mariage. — Quant à la deuxième infection, elle ne permet pas de réserver le diagnostic, et une roséole très nette est venue poser la « signature de la syphilis ».

Non moins évidente est la deuxième infection de la fiche 10.557 : la syphilis s'y manifeste avec tout son cortège, chancre, adénopathie et roséole généralisée. Quant à la première infection, elle a été observée et traitée par un médecin spécialiste, dont le diagnostic a été ferme. Que la syphilis se soit bornée au chancre et à quelques plaques muqueuses, cela prouve seulement ou bien que l'attaque de la maladie a été faible ou a trouvé un terrain défavorable pour son développement, ou bien encore et surtout, que le traitement énergique et précoce, régulièrement suivi par le malade, a eu raison de la vérole, a réussi, comme dit Jullien, à juguler la syphilis.

Nous n'avons pas, il nous semble, besoin de nous étendre bien longuement sur la dernière observation (fiche 11.149) ; ce sera l'exemple le plus typique qui existe de l'existence de la réinfection syphilitique, le jour où l'on se trouvera en possession de l'observation relatant la première infection. Les deux diagnostics

ont été faits, dans ce cas, par des médecins dont la compétence est indiscutée et M. le professeur Gaucher a reconnu l'identité syphilitique du deuxième chancre.

Maintenant que nous avons examiné les treize observations précédentes, il nous semble qu'on ne doive pas admettre que, dans ces cas, nous ayons affaire à un réveil de la première infection, que ce chancre ne soit, tout bonnement, qu'une ulcération banale ou une « résurrection d'un syphilome torpide » ou un accident tertiaire. Il existe dans tous ces cas une période de latence complète très grande, comme le veut M. le professeur Fournier ; de plus, la plupart des malades ont suivi un traitement énergique. Or nous avons maintes fois répété, au cours du travail, que le temps et le traitement doivent avoir une influence prépondérante sur la syphilis comme sur toutes les maladies infectieuses, et on doit pouvoir admettre, qu'à un moment donné, le malade est délivré de son mal, qu'il est guéri. Dès lors qu'est-ce qui l'empêcherait de se réinfecter, toute immunité ayant disparu, et qu'il est revenu à son état normal ? Il nous semble donc que nous nous trouvons en face d'une infection, absolument indépendante de la première. D'ailleurs, comme une syphilis première, si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que cette deuxième infection suit une marche analogue en tous points, et ensuite qu'elle est contagieuse. Ces accidents constitutionnels ont suivi la même marche que dans la première infection. Dans notre observation, ces accidents, s'ils n'ont pas été très nombreux, ont toutefois été rebelles, avec une tendance marquée à l'ulcé-

ration. Certes le diagnostic eût acquis son maximum de certitude si le tréponème avait été observé, mais le malade avait soigné lui-même son chancre avec une pâte antiseptique quelconque qui a fait disparaître le microbe.

Nous avons dit aussi que cette lésion chancreuse était contagieuse. Provenant d'une contamination, comme dans l'observation de M. Ogilvi (V) où la femme était traitée à l'hôpital pour syphilis secondaire et avait infecté un autre individu pour la première fois, il est forcément nécessaire que ce chancre soit contagieux. Nous n'en voulons comme preuve que cette observation de **SAL-SOTTI GIOVENALE**, traduite par Petit :

Observation XIV. — A. D..., 40 ans, a eu deux blennorrhagies à 19 et à 21 ans. En mars 1874, il a eu, au prépuce, deux ulcérations qui ne tardent pas à se réunir en une seule et à s'indurer. Quelques jours après : adénopathie inguinale indolente ; puis après six à sept semaines, exanthème papuleux, céphalée, plaques muqueuses de la gorge, tous phénomènes qui font porter au professeur Gamberini, de Bologne, le diagnostic de syphilis secondaire. Traitement mercuriel. Vers la dixième friction, le malade éprouve une amélioration sensible et la guérison de tous les symptômes paraît complète vers la vingt-cinquième ou trentième. Pendant deux mois le malade prend encore de l'iode de potassium. Bonne santé pendant un mois.

Au bout de ce temps, pour deux ulcérations de la lèvre il prend cent pilules de Dupuytren, sur les conseils d'un médecin de Naples.

Pneumonie en 1881. — Plus d'accidents syphilitiques. Se

marie en 1882 (mai) avec une femme de la meilleure santé, sans tare héréditaire. Deux enfants robustes.

10 mai 1886. — Au niveau du sillon balano-préputial, à gauche du frein, une ulcération superficielle, arrondie, de la grandeur d'un centime, de consistance parcheminée. Le malade avoue avoir eu, quinze jours auparavant, des rapports avec une femme très suspecte. Il n'avait à cette époque ni ganglions inguinaux, ni accidents cutanés ; pas de ganglions occipitaux ni épitrochléens. La gorge était un peu injectée et les amygdales un peu tuméfiées ; mais le malade me dit que cela lui était habituel. Il était d'ailleurs d'une bonne constitution et il ne conservait aucune trace de l'infection première. J'étais cependant tenté de voir, dans la manifestation en question, un accident initial ; mais je mis un point d'interrogation après mon diagnostic, et instituai un traitement iodoformé.

Sept jours après, les caractères du chancre étaient encore plus accentués ; un ganglion induré et légèrement douloureux était survenu dans l'aîne gauche. Sept jours plus tard, l'ulcération était en voie de cicatrisation et je trouvai deux ganglions indurés à gauche, et un à droite, ayant tous les caractères d'une adénite spécifique.

L'ulcération mit vingt-deux jours à guérir sous l'influence du traitement iodoformé, et laissa une cicatrice indurée. Les ganglions étaient diminués de volume, mais restaient à peu près gros comme un pois. Je ne me crus pas autorisé à instituer un traitement, quoique la réinfection me parût probable...

La femme du malade devint enceinte en mai 1887, et accoucha, à 8 mois, d'un enfant chétif qui mourut dix jours après sa naissance, avec des plaques muqueuses au périnée et dans le pli génito-crural. Pendant la grossesse la mère n'eut aucun phé-

nomène capable d'attirer l'attention du mari, sauf à la fin du cinquième mois, un affaiblissement général et une anémie plus marquée qu'aux précédentes grossesses. Cette faiblesse persista encore quelque temps après la période puerpérale. Comme manifestation spécifique, elle ne présentait que quelques ganglions et n'eut aucun accident en allaitant le nouveau-né.

En présence de ces faits je me crus autorisé à traiter spécifiquement les deux conjoints.

Comment expliquer que cet homme, qui, se mariant après la huitième année de sa syphilis, procrée deux enfants robustes, et qui, aussitôt après un rapprochement suspect, extra-conjugal, donne la vie à un hérédo-syphilitique, après avoir présenté lui-même un chancre et une adénopathie ? On nous dira, peut-être, que la naissance d'un enfant spécifique héréditaire résulte, dans ce cas, d'un « réveil de la diathèse », de l'« exhumation d'un syphilome » resté plus ou moins longtemps torpide. Mais c'est un fait assez curieux, et il faudrait cependant rapprocher cette naissance morbide et le rapport suspect. Quant à admettre qu'on ait affaire, en cette circonstance, à une manifestation tertiaire, cela est impossible à notre avis ; et comme nous le disions plus haut, ces lésions tardives sont d'une contagiosité excessivement rare, et *a fortiori* quand on envisage la question de l'hérédité. Que la mère n'ait point présenté de troubles syphilitiques, c'est là un fait connu ; cette mère a été vaccinée par une syphilis conceptionnelle qui peut se borner et se borne souvent au chancre utérin ou placentaire qui passe inaperçu ; dès lors la mère

peut et doit nourrir son enfant syphilitique, elle est vaccinée, elle possède la syphilis, c'est la loi de Colles-Baumès.

Évoluant comme une syphilis première, avec ses différents stades et ses manifestations variées, contagieuses même pour la descendance, ce sont, il nous semble, des propriétés assez suffisantes pour qu'on admette désormais que, comme toutes les maladies infectieuses, la vérole n'est pas éternelle, qu'on en guérit et que de ce fait on peut la reprendre. D'ailleurs avant de poser nos conclusions définitives, nous allons voir si nous ne trouverons pas encore des arguments plus décisifs, si possible, dans la question de la syphilisation des hérédo-syphilitiques.

CHAPITRE III

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET SES STIGMATES DYSTROPHIQUES, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉINFECTION

Il faut, avec M. Edmond Fournier (Thèse de Paris, 1898), distinguer la syphilis héréditaire, proprement dite, d'avec les dystrophies d'origine syphilitique. Ces stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire sont très nombreux et M. E. Fournier les divise en : stigmates d'ordre général, dystrophies partielles, dystrophies de développement intellectuel, et de prédisposition. Et il pose ainsi une des questions les plus importantes de l'hérédité : « Les sujets issus de souche syphilitique, sur lesquels on ne constate exclusivement que des stigmates d'ordre dystrophique, et cela sans aucun autre stigmaté ou antécédent de syphilis vraie, peuvent-ils être considérés ou non comme entachés de syphilis ? » Et M. E. Fournier résout ainsi le problème : d'abord, dit-il, ces sujets ont des risques d'être syphilitiques et ne le sont que trop souvent ; leur syphilis apparaît plus ou moins tardivement, mais elle manque rarement. Cepen-

dant il n'en est pas toujours ainsi ; « il est absolument commun, dit-il, de rencontrer des sujets qui, bien que nés de parents syphilitiques et affectés de tels ou tels stigmates dystrophiques en question, ne sont pas moins restés exempts de toutes manifestations spécifiques. » A ce propos M. Fournier cite cinq observations typiques, recueillies parmi celles de M. le professeur Fournier.

Plus loin, le même auteur qui ne paraît pas très partisan de la réinfection syphilitique, « exception prodigieusement exceptionnelle », relate des observations dans lesquelles des individus, porteurs de dystrophies et même issus de parents syphilitiques avérés, ont pu contracter une syphilis, de leur fait... Ce sont là, dit-il, non des affections syphilitiques proprement dites, mais parasyphilitiques. « Les stigmates dystrophiques dénoncent seulement une tare héréditaire, sans attester que le sujet soit entaché de syphilis. »

Mais en sera-t-il de même, quand le sujet présente, plus ou moins longtemps après sa naissance, les symptômes de la syphilis constitutionnelle ; quand, outre ces stigmates dystrophiques, et même à leur défaut, l'enfant ou le jeune homme nous offrira des gommès, des syphilides secondaires ou des nécroses osseuses ? Ce n'est plus alors une tare héréditaire, mais bien une maladie de tout l'organisme, un état morbide qui évoluera avec toutes ses phases et toutes ses conséquences. Si dans le premier cas, les auteurs ont pu observer des exemples nombreux de syphilis constitutionnelle acquise venant de greffer sur un individu atteint de dys-

trophies, il n'en est plus de même quand cet individu a présenté, à un moment quelconque, des signes de syphilis constitutionnelle héréditaire. Nous allons examiner quelques-unes des observations déjà parues.

Observation I. (TAYLOR. — *Journal of cutaneous and genit. urin. diseases*, 1890).

En avril 1870, une femme âgée de 19 ans, mariée et mère d'une petite fille de trois ans, parfaitement saine, se présente à moi pour se faire traiter à propos d'un ulcère situé sur le côté droit du nez. Cet ulcère était très profond, de forme arrondie, avait envahi une partie de la lèvre supérieure, la joue correspondante et l'aile du nez du même côté. Sa base était couverte d'une croûte épaisse, d'un gris brunâtre, et ses bords étaient d'un rouge foncé, taillés à pic, épais... Coryza avec écoulement purulent, sans fétidité... Il n'y avait pas d'adénopathie appréciable sur tout le corps, mais on trouvait, aux commissures de la bouche, quelques lignes cicatricielles d'un caractère suspect. Persuadé que cette femme présentait des signes évidents de syphilis héréditaire, j'instituai un traitement mixte, avec une médication locale contre l'affection du nez. — Au bout de deux mois l'ulcère était tout à fait cicatrisé...

La mère de la malade me raconta qu'elle et son mari avaient été atteints de syphilis; elle avait fait trois fausses-couches avant la naissance de la malade qui fait le sujet de cette observation. Et cette dernière avait eu, pendant la première année de son enfance, une éruption de plaques muqueuses, de l'enchiffrement. Elle est restée chétive jusqu'à l'âge de 6 ans...

Dans le courant de 1885, cinq ans environ après la guérison des lésions de syphilis héréditaire, et à l'âge de 26 ans, je revis

ma malade une troisième fois. Elle était couverte, des pieds à la tête, d'une roséole maculeuse et d'une syphilide squameuse. Les organes génitaux externes étaient le siège d'une quantité de plaques muqueuses hypertrophiées; le pharynx en présentait aussi.

Cette syphilis, contractée de son mari, avait débuté par un nodule induré de la petite lèvre droite, accompagné d'œdème induré. En outre : alopecie notable, lésions graves des ongles, adénopathie de tout le corps.

Cette femme fut traitée. Plus tard elle donna naissance à un enfant bien portant, âgé actuellement de 2 ans.

Observation II (TARNOVSKY. — *Société russe de syphilodologie et de Dermatologie* de Saint-Petersbourg. — *Annales de Dermatologie*, 1898).

En 1886, un homme vint le consulter pour deux « chancres infectants » siégeant au tiers inférieur de la région inguinale. La mère du malade avait succombé à la paralysie générale; il est à peu près certain qu'elle a pris la syphilis avant la naissance de son fils. Celui-ci fut traité par l'emplâtre mercuriel d'abord, puis par des frictions mercurielles à cause d'une éruption de syphilides papuleuses apparues sept semaines après.

En janvier 1887, il ne restait plus que des adénites et des cicatrices. Traitement ioduré. En septembre 1887, réapparition des syphilides. En 1889, adénopathies inguinales qui disparurent par de nouvelles frictions. Plus rien pendant sept ans.

En 1897, quatre jours après un rapprochement, deux ulcères dans le sillon balano-préputial, qui s'indurèrent et s'accompagnèrent d'adénopathie; les ulcères ne laissèrent, à leur place, qu'une légère induration. Trois mois et demi plus tard, éruption géné-

ralisée et exulcérations sur le pénis; c'étaient des syphilides polymorphes.

Observation III (JULLIEN ET THÉVENIN. — *Annales Dermatol.*, 1899).

Jeune homme, 22 ans, chétif, minus habens, présentant entre autres dystrophies, l'absence complète des ongles. Enfin les parents insistent sur une lésion de la langue, appartenant à la glossite scléreuse superficielle, caractérisée par des produits blanchâtres, psoriasiformes, ou des fissures saignantes, douloureuses, revenant sous l'influence de la moindre irritation : vinaigre, vin pur...

En outre, ce jeune homme est hémophilique. Plusieurs fois de graves saignements de nez ont mis sa vie en danger.

Les 24 septembre et 9 octobre 1898, il a des rapports avec une femme examinée dans la suite et reconnue syphilitique. Le 15 novembre, un chancre, apparu depuis quelques jours déjà, sur le gland. Nature reconnue. Accidents secondaires en janvier; le 10, éruption papulo-pustuleuse, discrète sur le corps, confluyente sur la face et le cuir chevelu. Symptômes généraux graves.

Le 26 février, malgré le traitement institué, les symptômes persistaient, plus inquiétants par leur retentissement général que par leurs symptômes locaux, assez réduits. Mort de pneumonie, les jours suivants.

Comme antécédents : mère paraissant en bonne santé. Le père, mort de fièvre typhoïde, était alcoolique; avait eu la syphilis six mois avant son mariage et s'était très insuffisamment soigné. L'enfant était né neuf mois après.

Nous arrêterons là notre énumération, laissant de côté un grand nombre d'autres observations déjà publiés, surtout celles qui ne sont basées que sur la présence des dystrophies dites syphilitiques, bien que les sujets qui en sont porteurs ne soient souvent que des syphilitiques héréditaires. Dans les trois observations que nous avons glanées, outre les dystrophies d'ordre syphilitique très évident, nous voyons survenir, d'une façon non moins évidente, les symptômes classiques et essentiels de la syphilis constitutionnelle, plaques muqueuses, roséoles... Ce sont donc des individus essentiellement syphilitiques. Si on admet que la syphilis est une maladie conférant, à tout coup, l'immunité, il faut déclarer que dans ce dernier cas, dans la syphilis héréditaire, cette immunité doit trouver son maximum d'intensité et durer le plus longtemps. Ici, en effet, la syphilis ne se borne que rarement aux accidents le plus souvent discrets et bénins de la syphilis acquise ; le tertiarisme est précoce et les ravages qu'il commet sont terribles. Et cependant, comme le prouvent les trois observations précédentes, il n'en est pas toujours ainsi, et après un silence plus ou moins long, mais toujours suffisant pour écarter l'idée d'un retour des accidents héréditaires, nous voyons ces individus contracter, de leur fait, une nouvelle syphilis. Celle-ci a suivi son cours normal ; chancre, roséole..., à ce point que M. E. Fournier, lui-même, admet la première observation comme très probante.

Non moins probantes sont les deux autres observa-

tions. Les sujets y présentent, dans leur jeune âge, non seulement des stigmates dystrophiques héréditaires, mais des plaques muqueuses, des syphilides papuleuses, de la glossite scléreuse... Ajoutez à cela des antécédents héréditaires d'une morbidité assez chargée : paralysie générale chez la mère, père syphilitique constitutionnel, non traités, six mois avant son mariage. Vraiment, c'est plus qu'il n'en faut.

En effet, nous ne voulons tenir aucun compte des stigmates héréditaires isolés ; car, ainsi que le dit M. E. Fournier, la syphilis n'est pas la seule maladie capable d'occasionner de tels accidents ; deux facteurs, tout aussi importants, sont la tuberculose de l'alcoolisme ; il n'y a pas, au point de vue clinique, de différence bien notable entre le produit chétif de générateurs tuberculeux ou cet autre descendant d'alcoolique, très en retard aux points de vue intellectuel et physique, et l'enfant issu de parents syphilitiques. Dans un cas comme dans les deux autres, ce sont des êtres voués, de par leur naissance même, à succomber à la moindre infection. Et pourtant dans l'alcoolisme et le plus souvent dans la tuberculose, ces sujets ne sont nés ni alcooliques, ni tuberculeux ; ils n'ont pas en général, hérité d'un germe morbide transmis par leurs ascendants, mais d'un terrain tout préparé pour le recevoir ; ce ne sont ni des alcooliques, ni des tuberculeux, mais seulement des prédisposés, des tarés. On ne peut donc pas rattacher à la syphilis toutes ces dystrophies ; elles appartiennent à un moindre degré peut-être, mais sûrement, aux descendants des tuberculeux, des alcoo-

liques, des paludéens..., de tous ceux, en un mot, dont l'organisme a été soumis à une intoxication profonde et prolongée. — Les stigmates dystrophiques ne sont pas des signes certains de la syphilis des parents, mais seulement des signes de probabilité. Selon M. le professeur Gaucher, ce sont « des vices de développement marquant la souffrance du fœtus pendant la vie intra-utérine, mais non son infection. » Ces sujets restent donc aussi susceptibles de prendre plus tard une syphilis constitutionnelle, de leur fait, que les sujets qui naissent sans aucune tare. Peut-être même y seraient-ils plus prédisposés de par leur constitution moins résistante. Nous dirons aussi que la syphilis constitutionnelle héréditaire n'exclut pas la possibilité d'une syphilis acquise secondaire. Il semble que le virus syphilitique évolue d'une façon plus rapide dans la syphilis héréditaire, et que, après le tertiarisme précoce, sous l'influence du temps et du traitement, toute trace de syphilis première soit disparue, et le syphilitique héréditaire rentre dans la catégorie des individus normaux, c'est-à-dire qu'il devient apte à contracter une deuxième vérole. M. Rostaine a présenté, en janvier 1907 (*Annales des maladies vénériennes*), six cas nouveaux de réinfection, observés par lui-même ; il avait déjà réuni 16 cas dans sa thèse, dont deux personnels.

Quelle sera l'évolution de cette nouvelle infection chez les hérédo-spécifiques ? Il ne semble pas qu'elle doive s'écarter de l'évolution de la syphilis en général ; les accidents, variables comme intensité, suivant

les individus, se succèdent encore dans le même ordre et avec la même diversité, et, selon M. Rostaine, cette syphilis, acquise par des hérédosyphilitiques, ne présente aucun caractère particulier.

CHAPITRE IV

DES PRINCIPALES CAUSES D'ERREUR DANS LE DIAGNOSTIC DU CHANCRE

Quand on quitte l'hôpital, dit Ricord, après avoir vu une centaine de chancres, dès qu'on se trouve en présence d'une lésion un tant soit peu suspecte, on diagnostique, sans hésitation aucune, le chancre. Il n'en est plus de même quand on ajoute à ce nombre celui que vous font observer dix années de pratique.

C'est en effet sur un diagnostic assuré qu'est basée toute la question de la réinfection ; nous n'allons pas cependant passer en revue toutes les affections qui peuvent simuler le chancre ou les accidents secondaires ; nous nous contenterons de signaler rapidement les principaux caractères différentiels entre le chancre syphilitique et le syphilome chancriforme, et nous donnerons ensuite une observation personnelle d'herpès induré, simulant une nouvelle infection syphilitique.

Le syphilome chancriforme, chancre redux ou pseudo-chancre de récidence (Fournier, Leloir...) présente le

même caractère, la même allure, le même « facies » que le chancre primitif. Aussi M. le professeur Fournier, dans sa leçon sur le pseudo-chancre, conclut-il à la pathogénie comme étant le seul signe différentiel : le chancre réduit est spontané, on ne trouve dans son éclosion aucune trace de contagion ; ce sont « simplement des manifestations spontanées d'une diathèse préexistante ;... c'est une diathèse en évolution. » Comme l'indique leur nom, ils apparaissent chez des syphilitiques, et surtout dans les trois ou quatre premières années qui suivent le chancre primitif. Leur siège est indifférent, bien qu'en général ce soit celui du chancre syphilitique. La base est indurée ; mais, d'après M. Fournier, « l'induration peut précéder l'ulcération, et de longtemps ; celle-ci peut même faire défaut. » De plus, en règle générale, « le système lymphatique reste indifférent à cette lésion (à moins d'infection secondaire)... ; on ne constate ni lymphangite ni bubon. » Ce dernier caractère n'a rien de décisif, car nous avons déjà vu que des lésions nettement syphilitiques ont pu évoluer sans adénopathie ou avec une adénopathie insignifiante. De même l'induration n'est pas non plus spécifique du chancre syphilitique : « Le fait d'une induration développée sous la base d'un ulcère syphilitique n'a pas de valeur sémiologique absolue pour affirmer que cet ulcère soit un chancre, c'est-à-dire une lésion reconnaissant pour origine nécessaire une contagion récente. » (Fournier.) Il ne reste donc en somme que le caractère de spontanéité qui soit l'apanage exclusif du pseudo-chancre.

Voici maintenant un cas d'herpès induré observé par nous dans le service de M. le professeur BODIN à Rennes :

Jeune homme, 29 ans. Janvier 1903, chancre génital classique, suivi d'une syphilis secondaire classique, assez intense, généralisée. Quelques plaques disparaissent au bout de trois ou quatre mois. Dans la suite il n'eut pas d'autres accidents.

Traitement : Janvier 1903 à 1904, 4 séries de 5 injections d'huile grise de 0,08 à 0,10 centigr.

2^e année : 3 séries

3^e — 2 séries

En mars 1906, après rapport avec une femme atteinte d'herpès, deux à trois jours après il vient consulter le professeur Bodin pour deux ou trois vésicules d'herpès du prépuce, région balano-préputiale. Les vésicules étaient très nettes. Pas de traitement. Les vésicules se rompent et s'ulcèrent, confluent pour former un ulcère unique qui, le 4 avril, présente absolument l'aspect d'un chancre avec induration.

Il est certain que cet ulcère chancriforme, survenant chez un individu qui avait déjà eu la syphilis, bien constatée, eût pu faire penser à la réinfection si le malade n'avait consulté à temps le médecin pour lui permettre ainsi de constater les vésicules d'herpès. Aussi, maintenant que le tréponème de Schaudinn est connu, qu'on sait qu'il habite toutes les manifestations syphilitiques et principalement le chancre, est-on en droit de réclamer, pour admettre une nouvelle atteinte de la sy-

philis, que cette constatation bactériologique soit faite. Elle n'aura malheureusement de résultat positif que si la lésion n'a pas été déjà traitée, et dans ce cas on ne peut exclure, du premier coup, la syphilis.

CONCLUSIONS

Après avoir étudié, le plus consciencieusement possible, les travaux déjà parus sur cette question, nous sommes amené à conclure, d'abord, qu'on ne doit certes pas accepter, comme des exemples irréfutables de réinfection syphilitique, un grand nombre d'observations publiées jusqu'ici. Si la plupart de ces cas ne sont pas absolument irréfutables, nous ne dirons cependant pas avec M. Hudelo « que la syphilis ne se double pas. » Nous convenons qu'en général la syphilis, maladie infectieuse à tréponème, confère une immunité durant très longtemps, probablement toute la vie dans beaucoup de cas, de même qu'en beaucoup de cas aussi la syphilis dure toute la vie et se manifeste continuellement, par des accidents divers, après le chancre.

Mais il est des cas de syphilis dans lesquels on n'observe plus rien après les premiers accidents. Et on sait combien le temps et le traitement sont des facteurs atténuants. Dès lors, qu'est-ce qui nous prouve que ces syphilis qui sont restées muettes, complètement muettes après le chancre ou la roséole, et qui ont été traitées, ne

guérissent pas vraiment au bout d'un temps plus ou moins long, impossible à déterminer ? « De bons observateurs, demeurés incrédules parce qu'ils n'ont pas mis le doigt sur la plaie, s'obstinent à démontrer la véracité, l'exactitude d'une loi que Ricord lui-même avait fini par repousser, la loi de l'unicité. » (Journeault) Nous ne dirons donc pas avec Diday : « La réinfection syphilitique est une vérole en deux livraisons et non une réédition », mais que si elle est encore relativement rare, la réinfection existe cependant, et la vérole se double.

Cette deuxième atteinte de la syphilis est-elle aussi grave que la première ? Oui et même plus grave, répond M^{lle} Coutanine, « et cela s'explique très bien parce que la syphilis atteint des organismes plus âgés et plus épuisés, toutes choses égales d'ailleurs ; car nous savons que, chez les gens jeunes et vigoureux, la maladie prend une marche plus bénigne que chez les vieillards... » Cela n'a cependant rien d'absolu et Finger et Jullien admettent que la deuxième vérole est généralement plus bénigne que la première, surtout si celle-ci a été régulièrement traitée. Nous ne pouvons trancher la question, mais il nous semble qu'on doive, avec M^{lle} Coutanine, admettre la plus grande gravité de la syphilis chez les vieillards ; d'autre part, on peut aussi concevoir qu'un traitement suivi ait une influence marquée sur la deuxième infection. Il en découle que le syphilitique a le plus grand intérêt à ne pas négliger un traitement qui, tout en le guérissant, lui confère de nouvelles forces pour lutter contre une deuxième infection toujours possible.

BIBLIOGRAPHIE

- FOLLIN. — *Arch. gén. de médecine*, 1854.
DIDAY. — *Arch. gén. de médecine*, 1862-1863, page 179.
HARDY. — *Leçons de Saint-Louis*, 1864.
REYER. — On a case of syph. reinf. *Archiv. of. Derm.*, 1870.
GASCOYEN. — *The Lancet*, 1874.
DONAUD. — Reinf. syph. *Journal méd. de Bordeaux*, 1880.
MASSÉ. — *Gaz. Méd. de Bordeaux*, 1880.
MOLLET. — *Montpellier médical*, 1881.
STURGIS. — *Revue des sciences médicales*, 1882.
BOIS-FONTANES. — *Assoc. méd. chirurg. Liège*, 1883.
ARMING. — *Viertel für Dermat. und Syph.*, 1883.
HEBRA. — *Viertel für Dermat. und Syph.*, 1883.
NEUMANN. — *Wien med. presse*, 1884.
TAYLOR. — Reinf. syph. *Americ. Derm. Assoc.*, 1885.
ZABOLOTSKY. — Reinf. syph. *Med. oboz.*, 1884.
DU CASTEL. — Syphilis récidivée. *Sem. méd.*, 1888.
HARRISSON-YOUNG. — *Brit. med. Journ.*, 1889.
SALSOTTO. — *Osservatore*, 1889.
TAYLOR. — *Journ. of cutan. dis.*, 1890.
DE MOLENE. — *Annales Derm.*, 1890, page 378.
HUDELO. — *Ann. Dermat.*, 1890, pages 353-470.
DIDAY. — *Ann. Dermat.*, 1891, page 697.
BESNIER. — *Revue Dermat.*, 1880.

- GAUCHER. — *Traité de la syphilis.*
QUEYRAT. — *Société médicale de Paris*, 1904-1905.
ROUX-METCHNIKOFF. — *Annales Instit. Pasteur*, 1903-1904.
METCHNIKOFF. — *De l'Immunité.*
HALLOPEAU. — *Annales Dermatol.*, 1905, page 638.
SAALFELD. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1891.
DU CASTEL. — *Revue générale de clinique*, t. I.
POULY. — *Lyon médical*, 1881.
— *Ann. Dermatol.*, 1892, page 96.
POSPELAW. — *Ann. Dermatol.*, 1897, page 257.
DIDAY-DOYEN. — *Ann. Dermatol.*, 1893.
WILLIAMS. — *Lancet*, 1893.
ZEISSL. — *Berlin. Med. Press.*, 1893.
HALLOPEAU. — *Ann. Dermatol.*, 1893.
PETER. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1893.
PROFETA. — *Trattato di mal. vener.*
FOURNIER. — *Archiv. gen. de médec.*, 1868.
LANCEREAUX. — *Traité de Syphilis*, 1874.
JULLIEN. — *Congrès de Copenhague.*
HUTSCHINSON. — *London. Hosp. Rep.*, 1865.
BAUMLER. — *Düring.*
BROCO. — *Ann. Dermat. et Syph.*, 1891, p. 629.
JULLIEN. — *Traité de malad. vénér.*
VIDAL (DE CASSIS). — *Traité de malad. vénér.*
FOURNIER. — *Traité de syphilis*, page 68, I.
— *Syphilis et mariage.*
— *Traitement de la syphilis.*
— *Chancre extra-génitaux.*
MAURIAC. — *Syphilis primitive et syph. second.*, 1883.
— *Traitement de la syph.*
DÜRING. — *Leçons cliniques sur la syph.*
OLTRAMARE. — *Annales Dermat.*, 1907, page 638.
BRISSAUD. — *Dictionnaire méd.-chirurg.*
JACCOUD. — *Dictionn. de médecine.*
ROSTAIN. — *Ann. de malad. vénér.*, 1907.
M^{lle} COUTANINE. — *Th. de Genève*, 1904. Réinfection syphil.
FOURNEAULT. — *Th. de Paris*, 1894. Réinfection syphil.

- TARASSEVITCH. — Contagiosité tertiaire. *Th. de Paris*, 1897.
PETIT. — Réinfect. syphil. *Th. de Paris*, 1891.
BRAUMANN. — Érythème circiné tertiaire de la syph. *Th. de Paris*, 1891.
DELANSORME. — Manifest. syph. récidiv. in situ. *Th. de Paris*, 1892.
SABARÉANU. — Chancres syph. successifs. *Th. de Paris*, 1905.
E. FOURNIER. — Stigmates dystroph. de la syphil. *Th. de Paris*, 1898.
DECLERCQ. — Syphilome chancriforme. *Th. de Lille*, 1885.
PICANDET. — Réinfection syph. *Th. de Paris*, 1899.
ROUSCHIAS. — Syphilides chancriformes. *Th. de Paris*, 1890.
E. BODIN. — De l'Immunité. Rennes, 1900.
BROCQ. — Traité des maladies de la peau.
GIRODE. — De l'immunité. (*Traité méd. de Bouchard-Brouardel.*)
BALZÉR. — De la syphilis (*ibid.*).

Vu : le Président de la thèse

GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

LIARD

